

MODUL  
BAHAN AJAR CETAK  
KEPERAWATAN

# KEBUTUHAN DASAR MANUSIA I



» NS. Kasiati  
Ni Wayan Dwi ROsmalawati



KEBUTUHAN DASAR  
MANUSIA I

## Pusdik SDM Kesehatan

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan  
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jl. Hang Jebat III Blok F3, Kebayoran Baru Jakarta Selatan - 12120  
Telp. 021 726 0401, Fax. 021 726 0485, Email. [pusdiknakes@yahoo.com](mailto:pusdiknakes@yahoo.com)



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

# KEBUTUHAN DASAR MANUSIA I

» NS. Kasiati  
Ni Wayan Dwi ROsmalawati



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Hak Cipta © dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang

Cetakan pertama, Desember 2016

*Penulis* : Kasiati dan Ni Wayan Dwi Rosmalawati

*Penelaah* : Yustiana Olfah, APP., M.Kes.

*Fasilitator* : Ir. Tengku Eduard Azwar Sinar, M.A.

*Desain oleh Tim P2M2* :

*Kover & Ilustrasi* : Suparmi

*Tata Letak* : Nono Suwarno

Jumlah Halaman : 202



## DAFTAR ISI

<b>BAB I: KONSEP KEBUTUHAN DASAR MANUSIA</b>	<b>1</b>
<b>Topik 1.</b>	
<b>Pengertian Kebutuhan Dasar Manusia .....</b>	<b>3</b>
Latihan .....	7
Ringkasan .....	7
Tes 1 .....	8
<b>Topik 2.</b>	
<b>Konsep Kebutuhan Psikososial, Sexual dan Spiritual .....</b>	<b>11</b>
Latihan .....	27
Ringkasan.....	27
Tes 2 .....	28
<b>KUNCI JAWABAN TES FORMATIF .....</b>	<b>29</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>31</b>
<b>BAB II: PEMERIKSAAN FISIK PADA ORANG DEWASA</b>	<b>32</b>
<b>Topik 1.</b>	
<b>Pemeriksaan Fisik</b>	<b>33</b>
Latihan .....	45
Ringkasan .....	46
Tes 1 .....	46
<b>Topik 2.</b>	
<b>Proses Keperawatan</b>	<b>49</b>
Latihan .....	53
Ringkasan .....	53
Tes 2 .....	53
<b>KUNCI JAWABAN TES FORMATIF .....</b>	<b>56</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>57</b>
<b>BAB III: PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL</b>	<b>58</b>
<b>Topik 1.</b>	
<b>Pemeriksaan Fisik</b>	<b>59</b>
Latihan .....	71
Ringkasan .....	72
Tes 1 .....	72

<b>Topik 2.</b>	
<b>Proses Keperawatan</b>	<b>75</b>
Latihan .....	79
Ringkasan .....	79
Tes 2 .....	79
<b>KUNCI JAWABAN TES FORMATIF .....</b>	<b>82</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>83</b>
<b>BAB IV: ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN PERSONAL HYGIENE</b>	<b>84</b>
<b>Topik 1.</b>	
<b>Konsep Dasar Personal Hygiene</b>	<b>85</b>
Latihan .....	91
Ringkasan .....	92
Tes 1 .....	92
<b>Topik 2.</b>	
<b>Proses Keperawatan</b>	<b>94</b>
Latihan .....	97
Ringkasan .....	98
Tes 2 .....	98
<b>KUNCI JAWABAN TES FORMATIF .....</b>	<b>100</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>101</b>
<b>BAB V: ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN ELEMENASI URINE</b>	<b>102</b>
<b>Topik 1.</b>	
<b>Konsep Dasar Eleminasi Urine .....</b>	<b>104</b>
Latihan.....	111
Ringkasan.....	112
Tes 1 .....	112
<b>Topik 2.</b>	
<b>Proses Keperawatan</b>	<b>114</b>
Latihan .....	116
Ringkasan.....	117
Tes 2 .....	117

<b>KUNCI JAWABAN TES FORMATIF .....</b>	<b>119</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>121</b>
<b>BAB VI: ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN ELEMENASI BOWEL</b>	<b>122</b>
<b>Topik 1.</b>	
<b>Konsep Dasar Eleminasi Fekal .....</b>	<b>123</b>
Latihan .....	131
Ringkasan .....	131
Tes 1 .....	132
<b>Topik 2.</b>	
<b>Proses Keperawatan</b>	<b>134</b>
Latihan .....	136
Ringkasan .....	137
Tes 2 .....	138
<b>KUNCI JAWABAN TES FORMATIF .....</b>	<b>139</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>141</b>
<b>BAB VII: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN ISTIRAHAT DAN TIDUR</b>	<b>142</b>
<b>Topik 1.</b>	
<b>Konsep Tidur .....</b>	<b>143</b>
Latihan .....	148
Ringkasan .....	149
Tes 1 .....	149
<b>Topik 2.</b>	
<b>Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur .....</b>	<b>150</b>
Latihan .....	152
Ringkasan .....	153
Tes 2 .....	153
<b>KUNCI JAWABAN TES FORMATIF .....</b>	<b>155</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>156</b>

<b>BAB VIII: ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS</b>	<b>158</b>
<b>Topik 1.</b>	
<b>Konsep Dasar Statistika Inferensial</b> .....	<b>160</b>
Latihan .....	162
Ringkasan .....	162
Tes 1 .....	162
<b>Topik 2.</b>	
<b>Konsep Dasar Imobilisasi</b> .....	<b>164</b>
Latihan .....	166
Ringkasan .....	166
Tes 2.....	167
<b>Topik 3.</b>	
<b>Proses Keperawatan</b> .....	<b>168</b>
Ringkasan .....	169
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>170</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>171</b>
<b>BAB IX: ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN</b>	<b>173</b>
<b>Topik 1.</b>	
<b>Konsep Dasar Keamanan dan Keselamatan</b> .....	<b>174</b>
Latihan .....	187
Ringkasan .....	187
Tes 1 .....	187
<b>Topik 2.</b>	
<b>Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Keamanan dan Kenyamanan</b> .....	<b>189</b>
Latihan .....	190
Ringkasan .....	191
Tes 2 .....	191
<b>KUNCI JAWABAN TES FORMATIF</b> .....	<b>192</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>193</b>

# BAB I

## KONSEP KEBUTUHAN DASAR MANUSIA

*Ni Wayan Dwi Rosmalawati dan Kasiati*

### PENDAHULUAN

Manusia adalah makhluk ciptaan Tuhan yang paling utama, mempunyai beberapa kebutuhan dasar yang harus terpenuhi jika ingin dalam keadaan sehat dan seimbang. Kebutuhan dasar manusia merupakan unsur-unsur yang dibutuhkan oleh manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan.

Keadaan seimbang fisiologis dan psikologis itulah yang akan kita capai dalam membantu memenuhi kebutuhan klien yang kita asuh. Untuk itu teman-teman kami ajak untuk bersama-sama belajar tentang konsep kebutuhan dasar manusia. Pada bab ini dibahas tentang Kebutuhan Dasar Manusia 1 menjelaskan tentang 1) konsep manusia, pengertian kebutuhan dasar manusia, macam kebutuhan dasar manusia menurut beberapa ahli, 2) menuliskan konsep asuhan keperawatan pada lingkup kebutuhan dasar manusia mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi, 3) mengidentifikasi konsep pengukuran tanda-tanda vital, sehingga pada akhirnya nanti dapat melakukan pemeriksaan fisik secara keseluruhan (*head to toe*), dan seterusnya tentang kebutuhan-kebutuhan kita sebagai manusia seperti: kebutuhan personal hygiene, kebutuhan eliminasi urine, kebutuhan eliminasi bowel, kebutuhan istirahat/tidur, kebutuhan aktivitas, .... sampai dengan kebutuhan rasa aman dan nyaman serta dapat melakukan tindakan prosedur keperawatan yang diperlukan dalam asuhan dengan mempelajari panduan praktikum. Sedangkan kebutuhan yang lain akan dibahas di mata kuliah Kebutuhan Dasar Manusia 2.

Nah..... sahabat, sebagai seorang perawat, Anda harus bisa memahami kebutuhan manusia yang mendasari kita dalam memberi asuhan keperawatan kepada klien dengan baik, sehingga dapat menerapkan asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan tersebut.

Dalam memberikan asuhan keperawatan kita sebagai seorang perawat harus bisa melakukannya dengan mengikuti langkah-langkah proses keperawatan, mulai dari pengkajian sampai dengan langkah evaluasi yang penerapannya harus dilaksanakan secara berurutan yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

Setelah mempelajari materi ini saudara diharapkan dapat mengidentifikasi konsep kebutuhan dasar manusia dengan benar, menguraikan model kebutuhan manusia menurut para ahli dengan lengkap, menguraikan konsep kebutuhan psikososial menurut Erick H. Erikson dengan benar, mengidentifikasi kebutuhan spiritual dengan baik dan menguraikan konsep kebutuhan seksual.

## ✍ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ✍ ■

Mahasiswa sekalian dalam bab ini dibahas tentang konsep kebutuhan dasar manusia, model kebutuhan manusia menurut beberapa ahli, konsep kebutuhan psikososial, spiritual dan seksual. Pemahaman tentang materi ini akan memberikan dasar kita dalam memberikan asuhan keperawatan. Materi-materi ini akan menuntun sahabat semua untuk memahami sasaran asuhan kita sebagai seorang perawat profesional pemula. Semoga dengan pemahaman ini Anda akan lebih mudah mempelajari materi-materi lainnya sampai nanti Anda menyelesaikan waktu kuliah di Diploma 3 Keperawatan.

# **Topik 1**

## **Pengertian Kebutuhan Dasar Manusia**

### **A. PENGERTIAN KEBUTUHAN DASAR MANUSIA**

Sebelum kita mempelajari kebutuhan dasar manusia, kita harus mengenal konsep manusia terlebih dahulu, karena sasaran asuh kita sebagai seorang perawat adalah manusia dari berbagai kelompok umur dan manusia dengan segala kebutuhannya. Manusia dapat ditinjau dari dua sudut pandang, yaitu manusia sebagai makhluk holistik dan manusia sebagai sistem.

#### **1. Manusia sebagai Makhluk Holistik**

Manusia sebagai makhluk holistik merupakan makhluk yang utuh atau paduan dari unsur biologis, psikologis, sosial dan spiritual. Sebagai makhluk biologis, manusia tersusun atas sistem organ tubuh yang digunakan untuk mempertahankan hidupnya, mulai dari lahir, tumbuh kembang, hingga meninggal. Sebagai makhluk psikologis, manusia mempunyai struktur kepribadian, tingkah laku sebagai manifestasi kejiwaan, dan kemampuan berpikir serta kecerdasan. Sebagai makhluk sosial, manusia perlu hidup bersama orang lain, saling bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup, mudah dipengaruhi kebudayaan, serta dituntut untuk bertingkah laku sesuai dengan harapan dan norma yang ada. Sebagai makhluk spiritual, manusia memiliki keyakinan, pandangan hidup, dan dorongan hidup yang sejalan dengan keyakinan yang dianutnya.

Jadi maksudnya di sini adalah bila kita memandang manusia, kita harus melihatnya secara utuh menyeluruh tidak boleh di penggal-penggal. Misalnya apabila seseorang sedang dirawat karena sakit, sebagai makhluk holistik, dia akan mengalami beberapa gangguan, selain gangguan fisik/biologis, secara bersamaan dia juga mengalami gangguan psikologis, sosial dan spiritual, oleh karena itu sebagai seorang perawat, dalam memberikan asuhan keperawatan harus memperlakukan manusia/klien secara holistik/menyeluruh tidak terpisah-pisah, misalnya kalau klien dirawat karena kanker payudara, yang diperhatikan bukan hanya payudaranya (fisik/biologis) saja tetapi secara utuh bagaimana psikologis, sosial dan spiritualnya.

Demikian saudara, konsep manusia secara holistik. Nah....saudara., setelah Anda memahami konsep manusia sebagai makhluk holistik, mari kita lanjutkan dengan materi berikutnya, yaitu manusia sebagai sistem.

#### **2. Manusia sebagai Sistem**

Manusia sebagai sistem terdiri atas sistem adaptif, personal, interpersonal, dan sosial. Sistem adaptif merupakan proses perubahan individu sebagai respons terhadap perubahan lingkungan yang dapat mempengaruhi integritas atau keutuhan. Sebagai sistem personal, manusia memiliki proses persepsi dan bertumbuh kembang. Sebagai sistem interpersonal,

manusia dapat berinteraksi, berperan, dan berkomunikasi terhadap orang lain. Sedangkan sebagai sistem sosial, manusia memiliki kekuatan dan wewenang dalam pengambilan keputusan di lingkungannya, baik dalam keluarga, masyarakat, maupun lingkungan.

Contoh: apabila seseorang sedang dirawat karena sakit...sebagai sistem, dia akan melakukan penyesuaian terhadap lingkungan rumah sakit, terhadap orang-orang yang merawat, terhadap sesama klien, dan secara bersamaan juga dia akan mengalami gangguan terhadap semua hal tersebut apabila dia tidak bisa melakukan adaptasi. Namun apabila dia tidak mampu beradaptasi dia akan mengalami gangguan.

## **B. KONSEP KEBUTUHAN DASAR MANUSIA**

Kebutuhan menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar yaitu: kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri, dan aktualisasi diri (Potter dan Patricia,1997). Manusia memiliki kebutuhan dasar yang bersifat heterogen. Setiap orang pada dasarnya memiliki kebutuhan yang sama, akan tetapi karena budaya, maka kebutuhan tersebutpun ikut berbeda. Dalam memenuhi kebutuhan manusia menyesuaikan diri dengan prioritas yang ada.

Saudara ..... dalam memenuhi kebutuhan kita sebagai manusia dipengaruhi oleh beberapa faktor, marilah kita pelajari selanjutnya tentang faktor apa saja yang mempengaruhi.

### **1. Model Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Beberapa Ahli.**

Saudara...berikut akan dibahas beberapa ahli yang memahami kebutuhan dasar manusia.

#### *a. Abraham Maslow*

Teman-teman pasti masih ingat dengan nama Maslow, beliau membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam lima tingkat berikut:

Kebutuhan fisiologis, merupakan kebutuhan paling dasar dan memiliki prioritas tertinggi dalam kebutuhan Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang mutlak harus terpenuhi oleh manusia untuk bertahan hidup. Kebutuhan tersebut terdiri dari pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minuman), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh, dan kebutuhan seksual, kebutuhan kedua adalah Kebutuhan rasa aman dan perlindungan yang dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seperti penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan dan sebagainya, sedangkan perlindungan psikologis, yaitu perlindungan atas ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika masuk sekolah pertama kali, karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi

dengan orang lain dan sebagainya. Kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang yaitu kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga, kelompok sosial, dan sebagainya, kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain kebutuhan ini terkait, dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain, dan yang terakhir/ke lima kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

Untuk lebih jelas dapat dilihat di bagan berikut:



*Gambar 1.1: Hirarki kebutuhan dasar menurut A. Maslow*

*b. Imogine King*

King berpendapat bahwa manusia merupakan individu reaktif yang dapat bereaksi terhadap situasi orang dan objek tertentu. Beliau juga mengatakan bahwa manusia sebagai makhluk yang berorientasi pada waktu, dia tidak terlepas dari tiga kejadian dalam hidupnya, yaitu masa lalu, masa sekarang dan masa yang akan datang. Sebagai makhluk sosial, manusia hidup bersama orang lain dan selalu berinteraksi satu sama yang lain. Sesuai dengan hal tersebut, King membagi kebutuhan manusia menjadi:

- 1) Kebutuhan akan informasi kesehatan
- 2) Kebutuhan akan pencegahan penyakit
- 3) Kebutuhan akan perawatan jika sakit.

*c. Martha E. Rogers*

Beliau berpendapat bahwa manusia merupakan satu kesatuan yang utuh serta memiliki sifat dan karakter yang berbeda. Manusia selalu berinteraksi dengan lingkungan dan saling mempengaruhi satu dengan yang lainnya. Dalam proses kehidupannya, manusia diciptakan dengan karakteristik dan keunikannya masing-masing. Dengan kata lain, setiap

individu tidak ada yang sama satu sama yang lainnya, walaupun mereka dilahirkan kembar. Konsep Martha E. Rogers ini dikenal dengan konsep manusia sebagai unit.

d. *Johnson*

Johnson mengungkapkan pandangannya dengan menggunakan pendekatan sistem perilaku. Dalam pendekatan ini, individu dipandang sebagai sistem perilaku yang selalu ingin mencapai keseimbangan dan stabilitas, baik dalam lingkungan internal maupun eksternal. Individu juga memiliki keinginan untuk mengatur dan menyesuaikan dirinya terhadap pengaruh yang terjadi karena hal tersebut.

e. *Virginia Henderson*

Ibu Virginia Henderson (dalam Potter dan Perry, 1997) membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam 14 komponen berikut yaitu manusia harus dapat bernafas secara normal, makan dan minum yang cukup, setiap hari harus bisa buang air besar dan buang air kecil (eliminasi) dengan lancar, bisa bergerak dan mempertahankan postur tubuh yang diinginkan, bisa tidur dan istirahat dengan tenang, memilih pakaian yang tepat dan nyaman dipakai, mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal dengan menyesuaikan pakaian yang dikenakan dan memodifikasikan lingkungan, menjaga kebersihan diri dan penampilan, menghindari bahaya dari lingkungan dan menghindari membahayakan orang lain, berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran, dan opini, beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan, bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup, bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi dan belajar, menemukan atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

f. *Jean Watson*

Jean Watson (dalam B. Taleuto, 1995) membagi kebutuhan dasar manusia ke dalam dua peringkat utama yaitu kebutuhan yang tingkatnya lebih rendah (*lower order needs*) dan kebutuhan yang tingkatnya lebih tinggi (*higher order needs*). Pemenuhan kebutuhan yang tingkatnya lebih rendah tidak selalu membantu upaya kompleks manusia untuk mencapai aktualisasi diri. Tiap kebutuhan dipandang dalam konteksnya terhadap kebutuhan lain, dan semuanya dianggap penting.

g. *Sister Calista Roy*

Pendapat Roy, bahwa manusia sebagai individu dapat meningkatkan kesehatannya dengan mempertahankan perilaku yang adaptif dan mengubah perilaku mal adaptif. Sebagai makhluk biopsikososial, manusia selalu berinteraksi dengan lingkungannya. Untuk mencapai suatu posisi seimbang/homeostasis, manusia harus bisa beradaptasi dengan perubahan yang terjadi. Adaptasi tersebut dilakukan dengan beberapa rangsangan, yaitu: rangsangan fokal, kontekstual dan residual. Dalam proses penyesuaian diri, individu harus meningkatkan

energinya agar mampu mencapai tujuan berupa kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi serta keunggulan. Dengan demikian individu selalu mempunyai tujuan untuk respons adaptif. Bila disingkat pendapat Roy, dikatakan bahwa individu sebagai makhluk biopsikososiospiritual merupakan satu kesatuan yang utuh, memiliki mekanisme coping untuk beradaptasi dengan perubahan lingkungan yang terjadi melalui interaksi yang dilakukan terhadap perubahan lingkungan tersebut.

## **2. Faktor yang Memengaruhi Kebutuhan Dasar Manusia**

Teman-teman ..... pasti sudah tahu kalau secara umum terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kebutuhan dasar manusia itu seperti: Penyakit, hubungan keluarga, konsep diri, tahap perkembangan dan struktur keluarga, maksudnya disini kita sebagai manusia akan berusaha memenuhi kebutuhannya demi konsep diri yang tinggi, dan tahap perkembangan yaitu dari bayi baru lahir sampai dengan kita tutup usia kebutuhan tetap akan berkembang sesuai dengan berjalannya umur. Untuk memberikan alasan mengapa faktor-faktor di atas bisa mempengaruhi kebutuhan dasar manusia, silakan saudara mencari contoh-contoh dalam kehidupan sehari-hari.

## **Latihan**

Teman-teman....untuk memperdalam pemahaman Anda pada materi ini, kami menambahkan beberapa tugas yang harus Anda kerjakan.

Lakukan pengamatan pada beberapa klien Anda, tuliskan bagaimana Anda memandang mereka kalau dihubungkan dengan konsep manusia.

Amati bayi baru lahir, bayi, anak-anak, remaja, orang dewasa dan manusia usia lanjut, kemudian Anda tuliskan bagaimana mereka memenuhi kebutuhannya dan gangguan pemenuhan kebutuhan apa yang lazim terjadi pada usia mereka. Anda tulis sebagai lembar kerja dan konsulkan pada tutor/ pembimbing yang ada di dekat Anda.

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

Siapkan alat tulis menulis (kertas, ballpoint), kemudian Anda amati klien yang Anda asuh, lalu dibuat suatu rangkuman, dan minta tolong teman untuk menilai atau kalau Anda dekat dengan fasilitator, datang ke beliau untuk mendapatkan penilaian

## **Ringkasan**

Baiklah teman-teman..., telah kita pelajari tentang konsep manusia dan kebutuhan dasarnya,. marilah kita buat rangkuman untuk memudahkan pemahaman materi ini. Adapun rangkumannya adalah ...

Manusia sebagai makhluk holistik merupakan makhluk yang utuh atau paduan dari unsur biologis, psikologis, sosial dan spiritual, juga manusia sebagai sistem terdiri atas sistem

adaptif, personal, interpersonal, dan sosial. Kebutuhan dasar manusia harus terpenuhi dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, untuk mencapai kehidupan dan kesehatan yang optimal, apabila mengalami gangguan, maka manusia juga akan mengalami gangguan dalam kesehatannya.

Menurut beberapa ahli kebutuhan manusia ada bermacam-macam, seperti Abraham Maslow membagi kebutuhan dasar manusia menjadi lima tingkat yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan nyaman, kebutuhan kasih sayang (dicintai dan mencintai), kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri, sedangkan Henderson membagi menjadi 14 tingkatan yaitu dan Jean Watson membagi menjadi 2 macam.

## Test 1

- 1) Di bawah ini benar konsep manusia sebagai makhluk holistik ....
  - A. merupakan makhluk yang utuh
  - B. manusia tersusun atas sistem organ tubuh
  - C. manusia memiliki kekuatan dan wewenang
  - D. manusia perlu hidup bersama orang lain
  
- 2) Tn. K, umur 35 tahun, datang ke tempat Anda karena kakinya terkena cangkul, luka terbuka dan berdarah. Bila dihubungkan dengan konsep manusia sebagai makhluk holistik, tindakan keperawatan apa yang akan Anda kerjakan?
  - A. memberikan obat anti nyeri, karena lukanya pasti terasa nyeri
  - B. merawat lukanya dengan benar dan selalu memperhatikan reaksi klien
  - C. menanyakan keluarganya, siapa nanti yang akan merawat bila di rumah
  - D. melakukan perawatan lukanya dengan teknik septik aseptik yang benar
  
- 3) An. A, umur 3 tahun, digendong orang tuanya datang ke tempat Anda karena beberapa hari badannya panas. Sampai di tempat Anda dia tidak mau turun dari gendongan orang tuanya dan menangis keras. Bila Anda mendekati tangisan A semakin keras. Bila ditinjau dari konsep manusia, bahwa manusia sebagai makhluk sosial, apa yang Anda lakukan?
  - A. membiarkan anak mengamati lebih lama tempat Anda bekerja
  - B. memberi tahu orang tuanya supaya segera membawa pulang anaknya
  - C. memaksa anak turun dari gendongan, karena tangisan anak hal biasa
  - D. membujuk anak supaya mau diperiksa dan segera mendapat pertolongan
  
- 4) Tn. H, umur 50 tahun datang sendiri berobat ke tempat Anda karena batuk dan sesak nafas sejak kemarin. Setelah Anda periksa ternyata badannya panas juga, kemudian Anda memberi obat batuk dan sesak, serta memberi tahu Tn. H. supaya beliau banyak minum air. Alasan Anda melakukan tindakan ini adalah ....
  - A. minum air bisa menambah daya tahan tubuh klien

🗑️ ■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** 🗑️ ■

- B. panas badan akan meningkatkan pengeluaran air dari tubuh
  - C. obat yang diberikan hanya bisa bekerja bila kliennya banyak minum
  - D. memang seperti itu yang dilakukan kepada setiap pasien batuk, sesak, panas
- 5) Seorang klien laki-laki umur 55 tahun, datang ke tempat Anda karena badannya panas dan kedinginan, nampak kurus dan kotor, tindakan keperawatan pertama yang Anda kerjakan adalah ....
- A. memberinya obat panas dan selimut
  - B. memberinya obat penambah nafsu makan
  - C. membersihkan badannya dulu sebelum Anda layani
  - D. menanyakan keluhan apalagi yang dirasakan klien.
- 6) Anda sedang dinas di puskesmas, tiba-tiba Anda didatangi seorang seorang ibu yang menggendong anaknya sedang sakit panas, ibunya menangis karena anaknya sempat tidak sadar di rumah. Sesuai dengan kebutuhan dasar manusia menurut Maslow apa yang pertama kali Anda lakukan pada anaknya ....
- A. segera memberi kompres hangat dan memberikan obat penurun panas
  - B. membaringkan anak di tempat tidur yang datar, empuk dan tertutup
  - C. segera memberi minum air putih sebanyak-banyaknya
  - D. memasang infus untuk memberikan cairan dan nutrisi
- 7) Anda sedang dinas di puskesmas, tiba-tiba Anda didatangi seorang seorang ibu yang menggendong anaknya sedang sakit panas, ibunya menangis tersedu-sedu karena bingung. Sesuai dengan kebutuhan dasar manusia menurut Maslow apa yang pertama kali Anda lakukan pada ibunya ....
- A. memberi obat penenang supaya tidak gaduh
  - B. memberi tahu ibu untuk memanggil suaminya datang
  - C. memberi minum air putih dan mempersilakan duduk
  - D. menyarankan ibu untuk tenang, tidak panik, tarik nafas
- 8) Anda sedang di rumah, datang seorang ibu dengan menggendong anaknya yang masih bayi karena dari pagi hari mencret, setelah Anda periksa ternyata anaknya mengalami dehidrasi ringan. Sesuai dengan kebutuhan dasar manusia, Anda memberikan oralit dan menjelaskan cara meminumnya, alasan ada melakukan hal ini adalah ....
- A. memberi rasa tenang pada ibunya karena anaknya segera ditangani
  - B. melaksanakan protap yang sudah biasa dilakukan di puskesmas
  - C. memenuhi kebutuhan cairan yang hilang karena mencret
  - D. memenuhi kebutuhan fisiologis yang terganggu

## ✍ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ✍ ■

- 9) Sebagai seorang perawat, orang yang sedang sakit dan dirawat di puskesmas harus kita berikan perhatian lebih bila dibandingkan dengan orang yang sehat. Hal ini memenuhi filosofi bahwa manusia itu sebagai makhluk yang ....
- A. terbuka
  - B. utuh
  - C. holistik
  - D. sakit
- 10) Salah satu faktor yang mempengaruhi kebutuhan dasar manusia adalah faktor penyakit, maksudnya ....
- A. pada penyakit tertentu memerlukan kebutuhan yang berbeda
  - B. bila kita sehat tidak perlu memenuhi semua kebutuhan
  - C. orang yang sakit kebutuhannya harus tetap terpenuhi
  - D. penyakit bisa mengganggu pemenuhan kebutuhan

## Topik 2

### Konsep Kebutuhan Psikososial, *Sexual* dan Spiritual

Ada tiga konsep kebutuhan dasar yang berikut ini, yaitu kebutuhan psikososial adalah setiap perubahan dalam kehidupan individu, baik yang bersifat psikologik maupun sosial yang mempunyai pengaruh timbal balik. masalah kejiwaan dan kemasyarakatan yang mempunyai pengaruh timbal balik, sebagai akibat terjadinya perubahan sosial dan atau gejala sosial dalam masyarakat yang dapat menimbulkan gangguan jiwa (Depkes, 2011).

Yang kedua adalah kebutuhan seksual adalah kebutuhan dasar manusia berupa ekspresi perasaan dua orang individu secara pribadi yang saling menghargai, memperhatikan, dan menyayangi sehingga terjadi hubungan timbal balik (*feed back*) antara kedua individu tersebut. Kata seks sering digunakan dalam dua cara. Paling umum seks digunakan untuk mengacu pada bagian fisik dari berhubungan, yaitu aktivitas seksual genital. Seksualitas di lain pihak adalah istilah yang lebih luas. Seksualitas diekspresikan melalui interaksi dan hubungan dengan individu dari jenis kelamin yang berbeda atau sama dan mencakup pikiran, pengalaman, pelajaran, ideal, nilai, fantasi, dan emosi.

Sedangkan konsep kebutuhan spiritual adalah yang ketiga, memiliki delapan batas tetapi saling tumpang tindih: energi, transendensi diri, keterhubungan, kepercayaan, realitas eksistensial, keyakinan dan nilai, kekuatan batiniah, harmoni dan batin nurani. Spiritualitas memberikan individu energi yang dibutuhkan untuk menemukan diri mereka, untuk beradaptasi dengan situasi yang sulit dan untuk memelihara kesehatan.

Pada bagian berikut Bab 1 ini kita akan mempelajari tiga konsep yaitu: konsep kebutuhan psikososial, konsep kebutuhan seksual dan konsep kebutuhan spiritual.

#### A. KEBUTUHAN PSIKOSOSIAL

##### 1. Pengertian Kebutuhan Psikososial

Manusia adalah makhluk biopsikososial yang unik dan menerapkan sistem terbuka serta saling berinteraksi. Manusia selalu berusaha untuk mempertahankan keseimbangan hidupnya. Keseimbangan yang dipertahankan oleh setiap individu untuk dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya, keadaan ini disebut dengan sehat. Sedangkan seseorang dikatakan sakit apabila gagal dalam mempertahankan keseimbangan diri dan lingkungannya. Sebagai makhluk sosial, untuk mencapai kepuasan dalam kehidupan, mereka harus membina hubungan interpersonal positif .

Sebagai contoh: seseorang yang sakit dan dirawat di rumah sakit, walaupun dalam keadaan sakit, dia tetap masih berhubungan dengan sesama klien yang dirawat, dan tetap juga menyesuaikan diri terhadap lingkungan rumah sakit yang baru, sehingga dalam proses penyembuhan dia tidak hanya sembuh dari penyakitnya tetapi juga bisa mendapatkan kawan baru yang baik yang dapat mendukungnya untuk mencapai kesembuhan tersebut di samping keluarganya.

## ✍ ■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ✍ ■

Sampai di sini mudah-mudahan bisa dipahami ya teman-teman, mari kita lanjutkan materi selanjutnya.

Salah satu hal yang dibahas pada kebutuhan psikososial adalah status emosi. Setiap individu mempunyai kebutuhan emosi dasar, termasuk kebutuhan akan cinta, kepercayaan, otonomi, identitas, harga diri, penghargaan dan rasa aman. Schultz (1966) merangkum kebutuhan tersebut sebagai kebutuhan interpersonal untuk inklusi, kontrol dan afeksi. Bila kebutuhan tersebut tidak terpenuhi, akibatnya dapat berupa perasaan atau perilaku yang tidak diharapkan, seperti ansietas, kemarahan, kesepian dan rasa tidak pasti.

Kebutuhan interpersonal akan inklusi, kontrol dan afeksi kadang saling tumpang tindih dan berkesinambungan. Maksudnya di sini dalam berhubungan dengan sesama manusia, kita tetap saling menjaga satu sama lain sehingga bisa saling diterima dan terjalin hubungan yang harmonis. Kebutuhan akan inklusi merupakan kebutuhan untuk menetapkan dan memelihara hubungan yang memuaskan dengan orang.

Dalam lingkungan perawatan kesehatan, kebutuhan inklusi dapat dipenuhi dengan memberi informasi dan menjawab semua pertanyaan, menjelaskan tanggung jawab perawat dalam memberi perawatan dan mengenali kebutuhan serta kesukaan pasien. Kebutuhan akan kontrol berhubungan dengan kebutuhan untuk menentukan dan memelihara hubungan yang memuaskan dengan orang lain dengan memperhatikan kekuasaan, pembuatan keputusan dan otoritas.

Contoh: Saat orang melepaskan tanggung jawab pribadinya dan menjadi pasien yang sangat terikat dan tidak berdaya yang selalu meminta petunjuk dari semua orang mengenai apa yang harus dilakukan dan bagaimana melakukannya. Dibalik perilaku itu tersembunyi ansietas, bermusuhan dan kurang percaya terhadap orang lain atau diri sendiri. Intervensi keperawatan yang membantu pasien menerima tanggung jawab untuk membuat keputusan mengenai perawatan pasien yang menunjang pemulihan kontrol.

Kebutuhan Afeksi :Seseorang membangun hubungan saling memberi dan saling menerima berdasarkan saling menyukai. Afeksi diungkapkan dengan kata-kata cinta, suka, akrab secara emosional, pribadi,sahabat, dan intimasi.

## 2. Teori Psikososial

Temannya mudah-mudahan masih ingat tokoh psikososial Erik H. Erikson. Beliau berasumsi bahwa:

- a. Perkembangan kepribadian manusia terjadi sepanjang rentang kehidupan
- b. Perkembangan kepribadian manusia dipengaruhi oleh interaksi sosial—hubungan dengan orang lain
- c. Perkembangan kepribadian manusia ditentukan oleh keberhasilan atau kegagalan seseorang mengatasi krisis yang terjadi pada setiap tahapan sepanjang rentang kehidupan.

### a. Tahap Perkembangan Psikososial

Erik H. Erikson menyatakan ada delapan tahap/fase perkembangan kepribadian memiliki ciri utama setiap tahapnya adalah di satu pihak bersifat biologis. Adapun tingkatan dalam delapan tahap perkembangan yang dilalui oleh setiap manusia adalah sebagai berikut:

#### 1) *Trust vs Mistrust* (percaya vs tidak percaya)

Terjadi pada usia 0 s/d 18 bulan, dari lahir sampai usia satu tahun dan merupakan tingkatan paling dasar dalam hidup. Pada bayi sangat tergantung dari pengasuhan. Jika anak berhasil membangun kepercayaan, dia akan merasa selamat dan aman dalam dunia.

#### 2) *Autonomy vs Shame and Doubt* (otonomi vs malu dan ragu-ragu)

Terjadi pada usia 18 bulan s/d 3 tahun. Masa awal kanak-kanak dan berfokus pada perkembangan besar dari pengendalian diri. Latihan penggunaan toilet adalah bagian yang penting. Kejadian-kejadian penting lain meliputi pemerolehan pengendalian lebih yakni atas pemilihan makanan, mainan yang disukai, dan juga pemilihan pakaian. Anak yang berhasil melewati tingkat ini akan merasa aman dan percaya diri, sementara yang tidak berhasil akan merasa tidak cukup dan ragu-ragu terhadap diri sendiri.

#### 3) *Initiative vs Guilt* (inisiatif dan rasa bersalah)

Terjadi pada usia 3 s/d 5 tahun. Masa usia prasekolah mulai menunjukkan kekuatan dan kontrolnya akan dunia melalui permainan langsung dan interaksi sosial lainnya. Anak yang berhasil dalam tahap ini merasa mampu dan kompeten dalam memimpin orang lain. Adanya peningkatan rasa tanggung jawab dan prakarsa. Mereka yang gagal mencapai tahap ini akan merasakan perasaan bersalah, perasaan ragu-ragu, dan kurang inisiatif. Rasa bersalah dapat digantikan dengan cepat oleh rasa berhasil.

#### 4) *Industry vs inferiority* (tekun vs rasa rendah diri)

Terjadi pada usia 6 s/d pubertas, melalui interaksi sosial, anak mulai mengembangkan perasaan bangga terhadap keberhasilan dan kemampuan mereka. Anak yang didukung dan diarahkan oleh orang tua dan guru membangun pesan kompeten dan percaya dengan keterampilan yang dimilikinya. Anak yang menerima sedikit atau tidak sama sekali dukungan dari orang tua, guru, atau teman sebaya akan merasa ragu akan kemampuannya untuk berhasil. Prakarsa yang dicapai sebelumnya memotivasi mereka

untuk terlibat dengan pengalaman baru. Ketika beralih ke masa pertengahan dan akhir kanak-kanak, mereka mengarahkan energi mereka menuju penguasaan pengetahuan dan keterampilan intelektual. Permasalahan yang dapat timbul pada tahun sekolah dasar adalah berkembangnya rasa rendah diri, perasaan tidak berkompeten dan tidak produktif. Guru memiliki tanggung jawab khusus bagi perkembangan ketekunan anak-anak.

5) *Identity vs identify confusion* (identitas vs kebingungan identitas)

Terjadi pada masa remaja, yakni usia 10 s/d 20 tahun. Selama remaja ia mengeksplorasi kemandirian dan membangun kepekaan dirinya. Anak dihadapkan dengan penemuan siapa, bagaimana, dan ke mana mereka menuju dalam kehidupannya. Anak dihadapkan memiliki banyak peran baru dan status sebagai orang dewasa, pekerjaan dan romantisme. Jika remaja menjajaki peran dengan cara yang sehat dan positif maka identitas positif akan dicapai. Jika suatu identitas remaja ditolak oleh orang tua, tidak secara memadai menjajaki banyak peran, jalan masa depan positif tidak dijelaskan, maka kebingungan identitas merajalela. Bagi mereka yang menerima dukungan memadai maka eksplorasi personal, kepekaan diri, perasaan mandiri dan kontrol dirinya akan muncul dalam tahap ini. Bagi mereka yang tidak yakin terhadap kepercayaan diri dan hasratnya, akan muncul rasa tidak aman dan bingung terhadap diri dan masa depannya.

6) *Intimacy vs isolation* (keintiman vs keterkucilan)

Terjadi selama masa dewasa awal (20an s/d 30an tahun). Tahap ini penting, yaitu tahap seseorang membangun hubungan yang dekat & siap berkomitmen dengan orang lain. Mereka yang berhasil di tahap ini, akan mengembangkan hubungan yang komit dan aman. Identitas personal yang kuat penting untuk mengembangkan hubungan yang intim. Jika mengalami kegagalan, maka akan muncul rasa keterasingan dan jarak dalam interaksi dengan orang.

7) *Generativity vs Stagnation* (Bangkit vs Stagnan)

Terjadi selama masa pertengahan usia dewasa. Selama masa ini, mereka melanjutkan membangun hidupnya berfokus terhadap karier dan keluarga. Mereka yang berhasil dalam tahap ini, maka akan merasa bahwa mereka berkontribusi terhadap dunia. Mereka yang gagal melalui tahap ini, akan merasa tidak produktif dan tidak terlibat di dunia ini.

8) *Integrity vs depair* (integritas vs putus asa)

Terjadi selama masa akhir dewasa. Cenderung melakukan cerminan diri terhadap masa lalu. Mereka yang tidak berhasil pada fase ini, akan merasa bahwa hidupnya percuma dan mengalami banyak penyesalan. Individu akan merasa kepahitan hidup dan putus asa. Mereka yang berhasil melewati tahap ini, berarti ia dapat mencerminkan keberhasilan dan kegagalan yang pernah dialami. Individu ini akan mencapai kebijaksanaan, meskipun saat menghadapi kematian.

*b. Kriteria kepribadian yang sehat*

- 1) Citra tubuh positif dan akurat  
Kesadaran akan diri berdasar atas observasi mandiri dan perhatian yang sesuai akan kesehatan diri. Termasuk persepsi saat ini dan masa lalu.
- 2) Ideal dan realitas  
Individu mempunyai ideal diri yang realitas dan mempunyai tujuan hidup yang dapat dicapai.
- 3) Konsep diri yang positif  
Konsep diri yang positif menunjukkan bahwa individu akan sesuai dalam hidupnya.
- 4) Harga diri tinggi  
Seseorang yang akan mempunyai harga diri tinggi akan memandang dirinya sebagai seorang yang berarti dan bermanfaat. Ia memandang dirinya sama dengan apa yang ia inginkan.
- 5) Kepuasan penampilan peran  
Individu yang mempunyai kepribadian sehat akan dapat berhubungan dengan orang lain secara intim dan mendapat kepuasan, dapat memercayai dan terbuka pada orang lain serta membina hubungan interdependen.
- 6) Identitas jelas  
Individu merasakan keunikan dirinya yang memberi arah kehidupan dalam mencapai tujuan.

*c. Karakteristik konsep diri rendah*

- 1) Menghindari sentuhan atau melihat bagian tubuh tertentu
- 2) Tidak mau berkaca
- 3) Menghindari diskusi tentang topik dirinya
- 4) Menolak usaha rehabilitasi
- 5) Melakukan usaha sendiri dengan tidak tepat
- 6) Mengingkari perubahan pada dirinya
- 7) Peningkatan ketergantungan pada yang lain
- 8) Tanda dari keresahan seperti marah, keputusasaan, dan menangis
- 9) Menolak berpartisipasi dalam perawatan dirinya.

**3. Stres dan Adaptasi**

Stres merupakan bagian dari kehidupan yang mempunyai efek positif dan negatif yang disebabkan karena perubahan lingkungan. Secara sederhana stres adalah kondisi di mana adanya respons tubuh terhadap perubahan untuk mencapai normal. Sedangkan stresor adalah sesuatu yang dapat menyebabkan seseorang mengalami stres. Stresor dapat berasal dari internal misalnya, perubahan hormon, sakit maupun eksternal misalnya, temperatur dan pencemaran.

Seseorang mengalami situasi bahaya, maka respons akan muncul. Respons yang tidak disadari pada saat tertentu disebut respons koping. Perubahan dari suatu keadaan dari

respons akibat stresor disebut adaptasi. Adaptasi sesungguhnya terjadi apabila adanya keseimbangan antara lingkungan internal dan eksternal. Contoh adaptasi misalnya: optimalnya semua fungsi tubuh, pertumbuhan normal, normalnya reaksi antara fisik dan emosi, kemampuan menolerir perubahan situasi.

*a. Fisiologi Stres dan Adaptasi*

Tubuh selalu berinteraksi dan mengalami sentuhan langsung dengan lingkungan, baik lingkungan internal seperti pengaturan peredaran darah, pernapasan. Maupun lingkungan eksternal seperti cuaca dan suhu yang kemudian menimbulkan respons normal atau tidak normal. Keadaan di mana terjadi mekanisme relatif untuk mempertahankan fungsi normal disebut homeostatis. Homeostatis dibagi menjadi dua yaitu homeostatis fisiologis misalnya, respons adanya peningkatan pernapasan saat berolahraga dan homeostatis psikologis misalnya, perasaan mencintai dan dicintai, perasaan aman dan nyaman.

*b. Respons fisiologi terhadap stres*

Respons fisiologi terhadap stres dapat diidentifikasi menjadi dua yaitu lokal adaptation syndrome (LAS) yaitu respons lokal tubuh terhadap stresor misalnya kalau kita menginjak paku maka secara refleks kaki akan diangkat atau misalnya ada proses peradangan maka reaksi lokalnya dengan menambahkan sel darah putih pada lokasi peradangan dan *general adaptation syndrome* (GAS) yaitu reaksi menyeluruh terhadap stresor yang ada. Dalam proses GAS terdapat tiga fase:

- 1) pertama, reaksi peringatan ditandai oleh peningkatan aktivitas neuroendokrin yang berupa peningkatan pembuluh darah, nadi, pernapasan, metabolisme, glukosa dan dilatasi pupil.
- 2) kedua, fase resisten dimana fungsi kembali normal, adanya LAS, adanya koping dan mekanisme pertahanan.
- 3) ketiga, fase kelelahan ditandai dengan adanya vasodilatasi, penurunan tekanan darah, panik, krisis.

*c. Faktor – Faktor Yang Dapat Menimbulkan Stres*

- 1) Lingkungan yang asing.  
Lingkungan yang masih asing pada sebagian orang bisa menimbulkan karena merasa tidak nyaman dan sendirian di lingkungan tersebut. Terlebih pada anak kecil, lingkungan yang asing bisa menimbulkan stres yang berkepanjangan bila tidak segera dilakukan pengenalan lebih lanjut.
- 2) Kehilangan kemandirian sehingga mengalami ketergantungan dan memerlukan bantuan orang lain.  
Mereka yang kehilangan kemandiriannya akan berpikir yang tidak baik terhadap diri maupun orang lain. Hal ini memicu terjadinya stres pada orang yang bersangkutan.
- 3) Berpisah dengan pasangan dan keluarga

Keluarga merupakan lingkungan yang paling nyaman dan tenang. Mereka yang berpisah dengan keluarganya apalagi pasangannya akan merasa tidak tenang, hal ini bisa menimbulkan stres.

- 4) **Masalah biaya**  
Walaupun dikatakan bahwa uang bukan segala-galanya dalam kehidupan ini, namun tidak bisa dipungkiri bahwa segala sesuatu memerlukan uang. Maka mereka yang tidak mempunyai uang akan merasa tidak tenang. Apalagi kalau mereka sakit, keadaan tidak ada biaya ini semakin menghambat proses penyembuhan.
- 5) **Kurang informasi**  
Informasi adalah hal sangat mendukung keseimbangan kebutuhan manusia. Kalau kurang informasi bisa terjadi salah persepsi, salah pengertian dan sebagainya yang akhirnya nanti bisa menimbulkan gangguan. Kekurangan informasi atau informasi yang salah bisa menimbulkan efek yang kurang baik bagi kesembuhan klien yang kita asuh.
- 6) **Ancaman akan penyakit yang lebih parah**  
Dengan menderita suatu penyakit sudah memberikan stres pada seseorang. Apalagi mereka tahu bahwa penyakitnya akan menjadi lebih parah, tentunya hal ini akan membuat klien semakin stres.
- 7) **Masalah pengobatan**  
Bila menderita suatu penyakit, pasti kita akan mencari pengobatan. Namun secara tidak disadari pengobatan itu juga bisa menimbulkan stres bila tidak dilakukan dengan baik dan benar.

Dalam setiap tingkat, Erikson percaya setiap orang akan mengalami konflik/krisis yang merupakan titik balik dalam perkembangan. Erikson berpendapat, konflik-konflik ini berpusat pada perkembangan kualitas psikologi atau kegagalan untuk mengembangkan kualitas itu. Selama masa ini, potensi pertumbuhan pribadi meningkat. Begitu juga dengan potensi kegagalan.

## **B. KEBUTUHAN SEKSUAL**

Kebutuhan seksual adalah kebutuhan dasar manusia berupa ekspresi perasaan dua orang individu secara pribadi yang saling menghargai, memperhatikan, dan menyayangi sehingga terjadi hubungan timbal balik (*feed back*) antara kedua individu tersebut. Kata seks sering digunakan dalam dua cara. Paling umum seks digunakan untuk mengacu pada bagian fisik dari berhubungan, yaitu aktivitas seksual genital. Seksualitas di lain pihak adalah istilah yang lebih luas. Seksualitas diekspresikan melalui interaksi dan hubungan dengan individu dari jenis kelamin yang berbeda atau sama dan mencakup pikiran, pengalaman, pelajaran, ideal, nilai, fantasi, dan emosi.

Perkembangan seks manusia berbeda dengan binatang dan bersifat kompleks. Jika pada binatang seks hanya untuk kepentingan mempertahankan generasi atau keturunan dan dilakukan pada musim tertentu dan berdasarkan dorongan insting. Pada manusia seksual

berkaitan dengan biologis, fisiologis, psikologis, sosial dan norma yang berlaku. Hubungan seks manusia dapat dikatakan bersifat sakral dan mulia sehingga secara wajar hanya dibenarkan dalam ikatan pernikahan.

*Selanjutnya mari kita pelajari tinjauan seksual dari beberapa aspek:*

Aspek biologis: aspek ini kita memandang seksual seperti pandangan anatomi dan fisiologis dari sistem reproduksi (seksual) kemampuan organ seks, dan adanya hormonal serta sistem sarap yang berfungsi atau berhubungan dengan kebutuhan seksual.

Aspek psikologis: aspek ini merupakan pandangan terhadap identitas jenis kelamin sebuah perasaan dari diri terhadap kesadaran identitasnya serta memandang gambaran seksual atau bentuk konsep diri yang lain. Misalnya kalau perempuan, merasa tertarik dengan laki-laki, akan berhias mempercantik diri bila bertemu laki-laki, demikian pula sebaliknya.

Aspek sosial budaya merupakan pandangan budaya atau keyakinan yang berlaku di masyarakat terhadap keutuhan seksual serta perilakunya di masyarakat. Misalnya perempuan sebelumnya menikah harus perawan. Di pedesaan perempuan umur 20 tahun belum menikah dikatakan perawan tua atau tidak laku, dan sebagainya.

## **1. Perkembangan Seksual**

### *a. Masa pranatal dan bayi*

Masa ini komponen fisik atau biologis sudah mulai berkembang. berkembangnya organ seksual maupun merespons rangsangan, seperti adanya ereksi penis pada laki-laki dan adanya pelumas bagian pada wanita. Perilaku ini terjadi ketika mandi, bayi merasakan adanya perasaan senang (Sigmund Freud), tahap perkembangan psiko seksual pada masa ini adalah :

- 1) Tahap oral, terjadi pada umur 0-1 tahun. Kepuasan, kesenangan, atau kenikmatan dapat dicapai dengan menghisap, menggigit, mengunyah, atau bersuara.
- 2) Tahap anal, terjadi pada umur 1-3 tahun. Kepuasan pada saat ini terjadi pada saat pengeluaran feses. Anak mulai menunjukan keakuannya, sikapnya sangat narsistik (cinta terhadap diri sendiri), dan egois, anak juga mulai mempelajari struktur tubuhnya.

### *b. Fase Kanak-kanak*

Pada masa kanak-kanak perkembangan seksual bagi menjadi dua, yaitu

- 1) Tahap oedipal atau falik terjadi pada usia 3-5 tahun, rangsangan terjadi pada otoerotis yaitu meraba-raba bagian erogenya, mulai menyukai lawan jenis. Anak laki-laki cenderung suka pada ibunya dari pada ayahnya dan sebaliknya pada anak perempuan serta mulai megenal jenis kelamin yang di miliknya serta mulai interaksi dengan figur orang tuanya.
- 2) Tahap laten terjadi pada usia 5-13 tahun pada masa ini mulai memasuki masa pubertas dan berhadapan langsung pada tuntutan sosial

c. *Masa pubertas*

Masa ini sudah mencapai kematangan fisik dan aspek sosial, dan akan terjadi kematangan psikologis. Terjadi perubahan ditandai dengan adanya citra tubuh, perhatian yang sangat besar terhadap perubahan fungsi tubuh, pembelajaran tentang perilaku, kondisi sosial. Tahap genital terjadi pada umur 12 tahun tahap ini merupakan tahap suka pada lawan jenis sudah matang.

d. *Masa dewasa muda dan pertengahan umur*

Pada tahap ini perkembangan fisik sudah cukup dan ciri seks sekunder mencapai puncaknya yaitu pada usia 18-30 tahun pada masa ini terjadi perubahan hormonal pada wanita ditandai dengan penurunan estrogen, pengecilan payudara dan vagina penurunan cairan vagina selanjutnya akan terjadi penurunan reaksi ereksi, pada pria ditandai dengan penurunan ukuran penis dan semen.

**2. Penyimpangan-Penyimpangan Seksual pada Orang Dewasa**

Ada beberapa penyimpangan seksual yang sekarang menjadi trend, yang tentunya sangat mengganggu ketenangan kita bermasyarakat. Penyimpangan itu adalah:

a. *Pedofilia*

Kepuasan seksual dapat dicapai pada objek anak-anak disebabkan kelainan mental. Anak-anak adalah tempat pemuas nafsu seks orang-orang ini. Kasus seperti ini pada era sekarang semakin meningkat, dan kita sebagai tenaga kesehatan harus bisa mencegah kejadian ini, karena merupakan kasus kelainan mental.

b. *Eksibisionisme*

Pada keadaan ini, kepuasan seksual seseorang dicapai dengan mempertontonkan alat kelamin di depan umum. Keadaan ini pun merupakan kelainan mental yang harus dilakukan perawatan.

c. *Fetisisme*

Kepuasan seksual dapat dicapai dengan menggunakan benda seks seperti sepatu hak tinggi, pakaian dalam, stoking atau lain-lain disebabkan karena eksperimen seksual dan bedah pergantian kelamin.

d. *Transvestisme*

Kepuasan seksual dicapai dengan menggunakan pakaian lawan jenis dan melakukan peran seks yang berlawanan misalnya pria yang senang menggunakan pakaian dalam wanita.

e. *Transeksualisme*

Bentuk penyimpangan seksualitas ditandai dengan perasaan tidak senang terhadap alat kelaminnya sendiri, adanya keinginan untuk berganti kelamin.

*f. Voyerisme atau skopofilia*

Kepuasan seksual dicapai dengan melihat alat kelamin orang lain atau aktivitas seksual yang dilakukan orang lain

*g. Masokisme*

Kepuasan seksual dicapai dengan kekerasan. Maksudnya dengan melakukan kekerasan terhadap pasangannya adalah kepuasan seksual dapat tercapai.

*h. Sadisme*

Kepuasan seksual dicapai dengan menyakiti objeknya, baik secara fisik ataupun psikologis. Kasus ini pernah dialami artis Manohara yang selalu disakiti oleh pasangannya setiap melakukan hubungan seksual.

*i. Homoseksual dan lesbianisme*

Kenyimpangan seksual ditandai dengan ketertarikan fisik maupun emosi kepada sesama jenis. Maksudnya laki-laki tertarik pada laki-laki juga, dan perempuan tertarik pada perempuan juga.

*j. Zofilia*

Kepuasan seksual seseorang dicapai dengan objek binatang, bisa terjadi pada binatang seperti sapi, anjing, kuda, bahkan ayam.

*k. Sodomi*

Kepuasan seksual dicapai bila berhubungan melalui anus. Hal ini sangat berbahaya bagi perempuan bisa terjadi perdarahan karena pecahnya pembuluh darah pada anus, dan bahaya pada laki-laki bisa terjadi infeksi karena anus adalah tempat tinja yang semua orang tahu banyak bakteri terdapat disana.

*l. Nekropilia kepuasan dengan menggunakan objek mayat*

Kepuasan seksual dicapai bila berhubungan dengan mayat, tidak hanya mayat manusia tapi mayat binatang pun bisa dijadikan obyek pemuas seksual.

*m. Koprofilai*

Kepuasan seksual diperoleh dengan menggunakan objek feses. Hal ini sungguh sangat tidak sehat dan bersih. Inipun perlu asuhan yang khusus secara individual.

*n. Urolagnia*

Kepuasan dicapai dengan urine yang diminum.

*o. Oral seks atau kuniligus*

Kepuasan seks dicapai dengan menggunakan mulut pada alat kelamin wanita.

- p. *Felaksio*  
Kepuasan seks dicapai dengan menggunakan mulut pada alat kelamin laki-laki.
- q. *Fotorisme atau priksionisme*  
Kepuasan seksual dicapai dengan menggosokkan penis pada pantat wanita atau badan yang berpakaian ditempat yang penuh manusia atau tempat-tempat keramaian.
- r. *Gronto*  
Kepuasan seksual dicapai dengan berhubungan dengan lansia.
- s. *Frottage*  
Kepuasan seksual dicapai dengan orang yang disenangi tanpa diketahui lawan jenis.
- t. *Pornografi*  
Gambar atau tulisan yang dibuat secara khusus untuk memberikan rangsangan seksual.

### **3. Bentuk Abnormalitas Seksual Akibat Dorongan Seksual Abnormal**

- a. Postitusi penyimpangan dengan pola dorong seks yang tidak wajar dalam kepribadianya seks bersifat impersonal.
- b. Perzinahan bentuk seksualitas antara laki-laki dan wanita yang bukan suami istri.
- c. Frigiditas yaitu ketidakmampuan wanita mengalami hasrat seksual atau orgasme pada saat bersenggama.
- d. Impotensi yaitu ketidakmampuan pria untuk relaksasi seks.
- e. Ejakulasi prematur terjadinya pembuangan sperma yang terlalu dini.
- f. Vaginismus terjadinya kejang yang berupa penegangan atau pengerasan sehingga penis terjepit dan tidak biasa keluar.
- g. Dispareunia yaitu kesulitan dalam melakukan senggama atau sakit pada koitus.
- h. Anorgasme yaitu kegagalan dalam mencapai klimaks selama bersenggama.
- i. Kesukaran koitus pertama keadaan dimana terjadi kesulitan dalam koitus pertama disebabkan karena kurangnya pengetahuan seks.

### **4. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kebutuhan Seksual**

- a. Tidak adanya panutan (role mode).
- b. Gangguan struktural dan fungsi tubuh, seperti adanya teruma, obat, kehamilan atau abnormalitas anatomi genetalia.
- c. Kurang pengetahuan atau informasi yang salah mengenai masalah seksual.
- d. Penganiayaan secara fisik.
- e. Adanya penyimpangan psikoseksual.
- f. Konflik terhadap nilai.
- g. Kehilangan pasangan karena perpisahan atau kematian.

Demikian teman-teman kelainan seksual serta penyimpangan seksual yang telah kita pelajari, sekarang mari kita coba aplikasikan ke dalam asuhan keperawatan. Masih ingat kan...diawali langkah pertama yaitu:

*a. Pengkajian*

Berikut ini pedoman wawancara yang baik dalam mengumpulkan data yang berkaitan dengan aspek psikoseksual :

- 1) Menggunakan pendekatan yang jujur dan berdasarkan fakta yang menyadari bahwa klien sedang mempunyai pertanyaan atau masalah seksual.
- 2) Mempertahankan kontak mata dan duduk dekat klien.
- 3) Memberikan waktu yang memadai untuk membahas masalah seksual, jangan terburu-buru.
- 4) Menggunakan pertanyaan yang terbuka, umum dan luas untuk mendapatkan informasi mengenai pengetahuan, persepsi dan dampak penyakit berkaitan dengan seksualitas.
- 5) Jangan mendesak klien untuk membicarakan mengenai seksualitas, biarkan terbuka untuk dibicarakan pada waktu yang akan datang.
- 6) Masalah citra diri, kegiatan hidup sehari-hari dan fungsi sebelum sakit dapat dipakai untuk mulai membahas masalah seksual.
- 7) Amati klien selama interaksi, dapat memberikan informasi tentang masalah apa yang dibahas, begitu pula masalah apa yang dihindari klien.
- 8) Minta klien untuk mengklarifikasi komunikasi verbal dan non verbal yang belum jelas.
- 9) Berinisiatif untuk membahas masalah seksual berarti menghargai klien sebagai makhluk seksual, memungkinkan timbulnya pertanyaan tentang masalah seksual.

Lebih lanjut perlu dikaji berbagai mekanisme koping yang mungkin digunakan klien untuk mengekspresikan masalah seksualnya, antara lain :

- 1) Fantasi, mungkin digunakan untuk meningkatkan kepuasan seksual dengan berhayal berhubungan dengan artis favorit misalnya.
- 2) Denial, mungkin digunakan untuk tidak mengakui adanya konflik atau ketidakpuasan seksual.
- 3) Rasionalisasi, mungkin digunakan untuk memperoleh pembenaran atau penerimaan tentang motif, perilaku, perasaan dan dorongan seksual.
- 4) Menarik Diri, mungkin dilakukan untuk mengatasi perasaan lemah, perasaan ambivalensi terhadap hubungan intim yang belum terselesaikan secara tuntas.

Beberapa contoh masalah dan tindakan keperawatan yang dilakukan, yang kami ambil dari tulisan teman di internet.

Masalah yang Berkaitan Seksualitas

- 1) Diabetes militus
  - (a) Laki-laki kesulitan ereksi karena neuropatri diabetik atau mikroangiopatik.
  - (b) Wanita penurunan hasrat lubrikasi vagina.

Tindakan keperawatan

Dorongan kontrol metabolisme yang tepat, anjurkan penggunaan jeli pelumas larut air (pada wanita).

- 2) Arthritis yaitu terjadinya keram, kaku, lelah dan terjadinya libido akibat obat steroid.  
Tindakan keperawatan
  - (a) Jelaskan bahwa arthritis tidak berpengaruh pada aspek psikologi dan fungsi seksual.
  - (b) Sarankan pasangan melakukan hubungan pada saat obat mencapai reaksi, tingkatkan reaksi sendi dengan mandi atau kompres hangat dan lakukan latihan rentang gerak.
  - (c) Ajarkan bahwa libido atau hasrat akibat efek samping penggunaan obat.
  
- 3) Hipertrofi prostat benigne (BPH) terjadi ejakulasi retrograd karena kerusakan spingter kandung kemih internal.  
Tindakan keperawatan
  - Jelaskan bahwa orgasme akan tetap terjadi tetapi ejakulasi akan menurun atau tidak ada dan urin akan keruh.
  
- 4) Penyakit kardiovaskular terjadinya kecemasan, takut tentang penampilan, takut nyeri dada, kematian dan penaruhan hasrat rangsangan kepuasan pasangan untuk menghentikan aktivitas seksual.  
Tindakan keperawatan
  - (a) Jelaskan bahwa infark tidak mempunyai efek langsung pada psikologi fungsi seksual anjurkan aktivitas seksual biasanya yang paling aman 5-8 minggu pasca infark, hindari aktivitas seksual setelah makan banyak, minum alkohol dan jelaskan berbagai obat yang dapat menunjukan disfungsi seksual.
  - (b) Dalam melakukan hubungan seksual gunakan posisi yang tidak bayak membutuhkan energi dengan posisi terletang, miring atau duduk di atas kursi dengan pasangan di atas.

### **C. KONSEP KEBUTUHAN SPIRITUAL**

Konsep spiritual memiliki delapan batas tetapi saling tumpang tindih: energi, transendensi diri, keterhubungan, kepercayaan, realitas eksistensial, keyakinan dan nilai, kekuatan batiniah, harmoni dan batin nurani. Spiritualitas memberikan individu energi yang dibutuhkan untuk menemukan diri mereka, untuk beradaptasi dengan situasi yang sulit dan untuk memelihara kesehatan.

1. Transedensi diri (*self transedence*) adalah kepercayaan yang merupakan dorongan dari luar yang lebih besar dari individu.

2. Spiritualitas memberikan pengertian keterhubungan intrapersonal (dengan diri sendiri), interpersonal (dengan orang lain) dan transpersonal (dengan yang tidak terlihat, Tuhan atau yang tertinggi) (Potter & Perry, 2009).
3. Spiritual memberikan kepercayaan setelah berhubungan dengan Tuhan. Kepercayaan selalu identik dengan agama sekalipun ada kepercayaan tanpa agama.
4. Spritualitas melibatkan realitas eksistensi (arti dan tujuan hidup).
5. Keyakinan dan nilai menjadi dasar spiritualitas. Nilai membantu individu menentukan apa yang penting bagi mereka dan membantu individu menghargai keindahan dan harga pemikiran, obyek dan perilaku . (Holins, 2005; Vilagomenza, 2005).
6. Spiritual memberikan individu kemampuan untuk menemukan pengertian kekuatan batiniah yang dinamis dan kreatif yang dibutuhkan saat membuat keputusan sulit (Braks-wallance dan Park, 2004).
7. Spiritual memberikan kedamaian dalam menghadapi penyakit terminal maupun menjelang ajal (Potter & Perry, 2009).

Beberapa individu yang tidak mempercayai adanya Tuhan (Atheis) atau percaya bahwa tidak ada kenyataan akhir yang diketahui (Agnostik). Ini bukan berarti bahwa spiritual bukan merupakan konsep penting bagi atheis dan agnostik. Atheis mencari arti kehidupan melalui pekerjaan mereka dan hubungan mereka dengan orang lain. Agnostik menemukan arti hidup dalam pekerjaan mereka karena mereka percaya bahwa tidak adanya akhir bagi jalan hidup mereka.

#### **1. Hubungan Antara Spiritual – Kesehatan dan Sakit**

Keyakinan spiritual sangat penting bagi perawat karena dapat mempengaruhi tingkat kesehatan dan perilaku klien. Beberapa pengaruh yang perlu dipahami:

##### *a. Menuntun kebiasaan sehari-hari*

Praktik tertentu pada umumnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan mungkin mempunyai makna keagamaan bagi klien, sebagai contoh: ada agama yang menetapkan diet makanan yang boleh dan tidak boleh dimakan.

##### *b. Sumber dukungan*

Pada saat stres, individu akan mencari dukungan dari keyakinan agamanya. sumber kekuatan sangat diperlukan untuk dapat menerima keadaan sakitnya khususnya jika penyakit tersebut membutuhkan waktu penyembuhan yang lama.

##### *c. Sumber konflik*

Pada suatu situasi bisa terjadi konflik antara keyakinan agama dengan praktik kesehatan. Misalnya: ada yang menganggap penyakitnya adalah cobaan dari Tuhan.

## **2. Manifestasi Perubahan Fungsi Spiritual**

### *a. Verbalisasi distres*

Individu yang mengalami gangguan fungsi spiritual, biasanya akan memverbalisasikan yang dialaminya untuk mendapatkan bantuan.

### *b. Perubahan perilaku*

Perubahan perilaku juga dapat merupakan manifestasi gangguan fungsi spiritual. Klien yang merasa cemas dengan hasil pemeriksaan atau menunjukkan kemarahan setelah mendengar hasil pemeriksaan mungkin saja sedang menderita distres spiritual. Untuk jelasnya berikut terdapat tabel ekspresi kebutuhan spiritual.

Sahabat.....ayo sekarang kita aplikasikan konsep di atas ke dalam asuhan keperawatan.

#### 1) Pengkajian

Pengkajian dilakukan untuk mendapatkan data subyektif dan obyektif. Aspek spiritual sangat bersifat subyektif, ini berarti spiritual berbeda untuk individu yang berbeda pula (Mcsherry dan Ross, 2002).

Pada dasarnya informasi awal yang perlu digali adalah

##### a) Alifiasi nilai

Partisipasi klien dalam kegiatan agama apakah dilakukan secara aktif atau tidak, Jenis partisipasi dalam kegiatan agama.

##### b) Keyakinan agama dan spiritual

Praktik kesehatan misalnya diet, mencari dan menerima ritual atau upacara agama, strategi koping.

Nilai agama atau spiritual, mempengaruhi tujuan dan arti hidup, Tujuan dan arti kematian, Kesehatan dan arti pemeliharaan serta Hubungan dengan Tuhan, diri sendiri dan orang lain.

#### 2) Diagnosa Keperawatan

##### a) Distres spiritual

##### b) Koping inefektif

##### c) Ansietas

##### d) Disfungsi seksual

##### e) Harga diri rendah

##### f) Keputusanasaan

#### 3) Perencanaan

##### a) Distres spiritual berhubungan dengan anxietas

Kriteria hasil:

## ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ■

- 1) Menunjukkan harapan
  - 2) Menunjukkan kesejahteraan spiritual:
    - Berarti dalam hidup
    - Pandangan tentang spiritual
    - Ketentraman, kasih sayang dan ampunan
    - Berdoa atau beribadah
    - Berinteraksi dengan pembimbing ibadah
    - Keterkaitan dengan orang lain, untuk berbagi pikiran, perasaan dan kenyataan
  - 3) Klien tenang  
Rencana:
    - Kaji adanya indikasi ketaatan dalam beragama
    - Tentukan konsep ketuhanan klien
    - Kaji sumber-sumber harapan dan kekuatan pasien
    - Dengarkan pandangan pasien tentang hubungan spiritual dan kesehatan
    - Berikan privasi dan waktu bagi pasien untuk mengamati praktik keagamaan
    - Kolaborasi dengan pastoral
- b) Koping inefektif berhubungan dengan krisis situasi  
Kriteria hasil:
- Koping efektif
  - Kemampuan untuk memilih antara 2 alternatif
  - Pengendalian impuls : kemampuan mengendalikan diri dari perilaku kompulsif
  - Pemrosesan informasi: kemampuan untuk mendapatkan dan menggunakan informasi
- Rencana tindakan:
- Identifikasi pandangan klien terhadap kondisi dan kesesuaiannya.
  - Bantu klien mengidentifikasi kekuatan personal.
  - Peningkatan koping: nilai kesesuaian pasien terhadap perubahan gambaran diri, nilai dampak situasi kehidupan terhadap peran, evaluasi kemampuan pasien dalam membuat keputusan, anjurkan klien menggunakan tehnik relaksasi, berikan pelatihan keterampilan sosial yang sesuai.
  - Libatkan sumber-sumber yang ada untuk mendukung pemberian pelayanan kesehatan.

#### 4. Pelaksanaan

Dilaksanakan sesuai dengan rencana yang telah ditentukan.

## 5. Evaluasi

Evaluasi dengan melihat kriteria hasil yang telah ditentukan, secara umum tujuan tercapai apabila klien ( Hamid, 1999)

- a. Mampu beristirahat dengan tenang
- b. Menyatakan penerimaan keputusan moral
- c. Mengekspresikan rasa damai
- d. Menunjukkan hubungan yang hangat dan terbuka
- e. Menunjukkan sikap efektif tanpa rasa marah, rasa bersalah dan ansietas
- f. Menunjukkan perilaku lebih positif

## Latihan

Saudara-saudara untuk lebih mendalami materi ini ada tugas yang harus Anda kerjakan, yaitu mengamati beberapa klien dan menuliskan asuhan keperawatannya dan dijadikan sebuah makalah.

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

1. Amati klien yang Anda asuh
2. Tuliskan data yang berhubungan dengan kebutuhan psikososial, seksual dan spiritual.
3. Kemudian Anda buat sebuah laporan asuhan keperawatan dan dijadikan makalah.
4. Untuk mendapatkan nilai, Anda bisa minta tolong teman sejawat atau hubungi fasilitator terdekat dengan tempat kerja Anda.

## Ringkasan

Manusia adalah makhluk biopsikososial yang unik dan menerapkan sistem terbuka serta saling berinteraksi. Keseimbangan yang dipertahankan oleh setiap individu untuk dapat menyesuaikan diri dengan lingkungannya, keadaan ini disebut dengan sehat.

Setiap individu mempunyai kebutuhan emosi dasar, termasuk kebutuhan akan cinta, kepercayaan, otonomi, identitas, harga diri, penghargaan dan rasa aman.

Kebutuhan seksual adalah kebutuhan dasar manusia berupa ekspresi perasaan dua orang individu secara pribadi yang saling menghargai, memperhatikan, dan menyayangi sehingga terjadi hubungan timbal balik (*feed back*) antara kedua individu tersebut.

Spiritual memiliki delapan batas tetapi saling tumpang tindih: energi, transendensi diri, keterhubungan, kepercayaan, realitas eksistensial, keyakinan dan nilai, kekuatan batiniah, harmoni dan batin nurani. Spiritualitas memberikan individu energi yang dibutuhkan untuk menemukan diri mereka, untuk beradaptasi dengan situasi yang sulit dan untuk memelihara kesehatan.

## **Tes 2**

- 1) Makhluk biopsikososial yang unik dan menerapkan sistem terbuka serta saling berinteraksi, merupakan kebutuhan manusia ....
  - A. kebutuhan biologis
  - B. kebutuhan psikologis
  - C. kebutuhan sosial
  - D. kebutuhan spiritual
  
- 2) Bila kebutuhan biopsikososial tidak terpenuhi, akibatnya dapat berupa perasaan atau perilaku yang tidak diharapkan, seperti ansietas, kemarahan, kesepian dan rasa tidak pasti. Maka tindakan keperawatan yang dilakukan ....
  - A. memberi kesempatan klien untuk mengungkapkan perasaannya
  - B. menanyakan orang terdekat klien tempat untuk berkeluh kesah
  - C. memberikan obat penenang untuk sementara waktu
  - D. menganjurkan klien untuk banyak bersabar dan menerima keadaan
  
- 3) Tinjauan seksual dari aspek biologis ....
  - A. memandang seksual seperti pandangan anatomi dan fisiologis
  - B. memandang gambaran seksual atau bentuk konsep diri yang lain
  - C. sebuah perasaan dari diri terhadap kesadaran identitas
  - D. keyakinan terhadap keutuhan seksual serta perilakunya
  
- 4) Tahap oedipal atau falik terjadi pada usia ....
  - A. 0-1 tahun
  - B. 3-5 tahun
  - C. 6-12 tahun
  - D. 13-17 tahun
  
- 5) Transeksualisme adalah bentuk penyimpangan seksual orang dewasa ditandai ....
  - A. mendapat kepuasan seksual dengan menyakiti pasangannya
  - B. mendapat kepuasan seksual dengan memakai pakaian dalam pasangannya
  - C. memperoleh kepuasan dengan menggunakan objek mayat
  - D. dengan perasaan tidak senang terhadap alat kelaminnya
  
- 6) Anda merawat klien Ny. R. karena menangis terus, merasa bersalah dan selalu mohon ampun kepada Tuhan atas segala perbuatannya. tindakan yang Anda lakukan ....
  - A. memberi obat penenang
  - B. memanggil keluarganya supaya menemani klien
  - C. memberi kesempatan klien untuk menangis sampai puas
  - D. menenangkan klien dengan menyarankan klien untuk banyak berdoa

## Kunci Jawaban Tes

### *Tes 1*

- 1) A
- 2) B
- 3) A
- 4) B
- 5) C
- 6) B
- 7) D
- 8) C
- 9) A
- 10) C

### *Tes 2*

- 1) C
- 2) A
- 3) A
- 4) B
- 5) D
- 6) B

### *Penjelasan Tes 1*

- 1) Holistik = menyeluruh, tidak terpisah-pisah
- 2) Bukan hanya lukanya saja yang dirawat, tapi bagaimana klien secara utuh tetap diperhatikan
- 3) Anak perlu beradaptasi dengan lingkungan terlebih dahulu
- 4) Air membantu menurunkan suhu tubuh yang tinggi
- 5) Bersih pangkal sehat
- 6) Rasa nyaman merupakan tindakan pertama sebelum memberi tindakan selanjutnya
- 7) Tenang adalah kunci sukses langkah tindakan selanjutnya
- 8) Air adalah kebutuhan manusia yang dasar
- 9) Orang sakit lebih mudah terpengaruh dengan keadaan sekitarnya
- 10) Sakit lebih banyak memerlukan perhatian/bantuan

### *Penjelasan Tes 2*

- 1) Makhluk sosial adalah makhluk terbuka
- 2) Rasa tidak enak di hati keluar, membantu perasaan lega
- 3) Biologi = badan = tubuh
- 4) Oral: 0-1th, anal: 1-3 th, oedipal: 3-5 th, laten: 5-13 th

## ✍ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ✍ ■

- 5) Trans = berpindah, laki-laki merasa perempuan, dan sebaliknya
- 6) Menguras rasa tidak enak, memudahkan asuhan selanjutnya

## **Daftar Pustaka**

- Alman. 2000, *Fundamental & Advanced Nursing Skill*, Canada, Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008, *Teknik prosedural keperawatan, Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*, Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun. 2006, *Kebutuhan Dasar Manusia I*. Jakarta: Salemba Medika
- A. Azis Alimun H, 2006, *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan, Buku 1, Buku 2*, Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H, Musrifatul U., 2005, *Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Elkin, et al .2000., *Nursing Intervention and Clinical Skills*, Aecond edt.
- Kozier, B. 1995, *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*, California: Addison Wesley.
- Perry,at al. 2005, *Keterampilan dan Prosedur Dasar, Kedokteran*, Jakarta: EGC.
- Potter, P. 1998, *Fundamental of Nursing*, Philadelphia: Lippincott.
- Potter & Perry, 2006, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik, Edisi 4*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Tarwoto Wartonah. 2006, *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 3*, Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Poltekkes Depkes Jakarta III. 2009, *Panduan Praktek KDM*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, 2012, *Modul pembelajaran KDM*, Malang.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, 2012, *Modul Pemeriksaan Fisik dan Implikasinya dalam Keperawatan*, Malang.
- Wahid,IM dan Nurul, C. 2008, *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia, Teori dan Aplikasi Dalam Praktek*, Jakarta: Salemba Medika.
- Yudianto, Andi. 2008. *Perkembangan Psikososial Erikson*.  
<http://bayoesmartboy.blogspot.com/2008/04/perkembangan-psikososial-erikson.html>.

## **BAB II**

# **PEMERIKSAAN FISIK PADA ORANG DEWASA**

*Ni Wayan Dwi Rosmalawati dan Kasiati*

### **PENDAHULUAN**

Sebagai seorang perawat yang memberikan asuhan keperawatan kepada klien, sebelum memberikan asuhan keperawatan, kita harus melakukan dan menginterpretasikan berbagai prosedur pengkajian. Data yang dikumpulkan selama pengkajian digunakan sebagai dasar untuk membuat rencana keperawatan klien.

Proses pengkajian keperawatan harus dilakukan dengan sangat individual (sesuai dengan masalah dan kebutuhan klien saat ini). Dalam menelaah hasil pemeriksaan klien, perawat melakukan wawancara dan pemeriksaan fisik untuk memaksimalkan data yang dikumpulkan tanpa harus menambah stres klien. Setelah pengkajian awal perawat memilih komponen pemeriksaan yang sesuai dengan tingkat permasalahan/ gangguan kebutuhan yang dialami klien.

Dalam memberikan asuhan keperawatan kita sebagai seorang perawat harus bisa melakukannya dengan mengikuti langkah-langkah proses keperawatan, mulai dari pengkajian sampai dengan langkah evaluasi yang penerapannya harus dilaksanakan secara berurutan yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi.

Salah satu langkah proses keperawatan adalah Pengkajian, dengan melakukan pengkajian yang detail, teliti, kita bisa menentukan apa permasalahan yang dialami klien, sehingga dengan demikian sekaligus kita bisa membantu menyelesaikan masalah yang dialami oleh klien. Oleh karena itu dalam kegiatan pengkajian kita melakukan pemeriksaan fisik dari ujung rambut ke ujung kaki klien (*head to toe*).

## Topik 1

### Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik, kami hanya menguraikan hal yang pokok-pokok saja, karena kami yakin hal ini sudah biasa Anda lakukan saat memberikan pelayanan kepada masyarakat di tempat anda bekerja. Kami tidak bermaksud menggurui anda teman-teman... di sini kami mengajak anda mengingat kembali secara konsep tentang apa yang sudah anda lakukan, sehingga pelayanan yang anda berikan nanti jadi semakin profesional.

#### A. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik merupakan peninjauan dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*) pada setiap sistem tubuh yang memberikan informasi objektif tentang klien dan memungkinkan kita sebagai seorang perawat untuk membuat penilaian klinis.

Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif, memastikan/membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien. (Dewi Sartika, 2010).

##### 1. Definisi Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan-kelainan dari suatu sistem atau suatu organ tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi). (Raylene M Rospond, 2009; Terj D. Lyrawati, 2009).

Pemeriksaan fisik adalah metode pengumpulan data yang sistematis dengan memakai indera penglihatan, pendengaran, penciuman, dan rasa untuk mendeteksi masalah kesehatan klien. Untuk pemeriksaan fisik perawat menggunakan teknik inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi (Craven & Hirnle, 2000; Potter & Perry, 1997; Koziar et al., 1995).

Pemeriksaan fisik dalam keperawatan digunakan untuk mendapatkan data objektif dari riwayat keperawatan klien. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan bersamaan dengan wawancara. Fokus pengkajian fisik keperawatan adalah pada kemampuan fungsional klien. Misalnya, klien mengalami gangguan sistem muskuloskeletal, maka perawat mengkaji apakah gangguan tersebut mempengaruhi klien dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari atau tidak.

##### 2. Tujuan Pemeriksaan Fisik

Secara umum, pemeriksaan fisik yang dilakukan bertujuan:

- a. Untuk mengumpulkan dan memperoleh data dasar tentang kesehatan klien.
- b. Untuk menambah, mengkonfirmasi, atau menyangkal data yang diperoleh dalam riwayat keperawatan.

- c. Untuk mengkonfirmasi dan mengidentifikasi diagnosa keperawatan.
- d. Untuk membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan penatalaksanaan.
- e. Untuk mengevaluasi hasil fisiologis dari asuhan keperawatan.

### **3. Manfaat Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik memiliki banyak manfaat, baik bagi perawat sendiri, maupun bagi profesi kesehatan lain, di antaranya:

- a. Sebagai data untuk membantu perawat dalam menegakkan diagnose keperawatan.
- b. Mengetahui masalah kesehatan yang di alami klien.
- c. Sebagai dasar untuk memilih intervensi keperawatan yang tepat.
- d. Sebagai data untuk mengevaluasi hasil dari asuhan keperawatan.

### **4. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan Dalam Pemeriksaan Fisik**

- a. Selalu meminta kesediaan/izin pada pasien untuk setiap pemeriksaan (*informed consent*).
- b. Jagalah privasi pasien.
- c. Pemeriksaan harus seksama dan sistematis.
- d. Jelaskan apa yang akan dilakukan sebelum pemeriksaan (tujuan, kegunaan, cara dan bagian yang akan diperiksa)
- e. Beri instruksi spesifik yang jelas.
- f. Berbicaralah yang komunikatif (kalau perlu gunakan bahasa daerah setempat).
- g. Ajaklah klien untuk bekerja sama dalam pemeriksaan.
- h. Perhatikanlah ekspresi/bahasa non verbal dari klien.
- i. Jangan menyakiti klien.

### **5. Persiapan dalam Pemeriksaan Fisik**

#### **a. Alat**

Meteran/met line, Timbangan Berat Badan, Penlight, Steteskop, Tensimeter/Sphigmomanometer, Thermometer, Arloji/stopwatch, Refleks Hammer, Otoskop, sarung tangan/*handschoon* bersih (jika perlu), tissue, buku catatan perawat. Alat diletakkan di dekat tempat tidur klien yang akan di periksa, susun serapi mungkin, dan letakkan alat yang mau dipakai terlebih dahulu paling dekat dengan anda.

#### **b. Lingkungan**

Pastikan ruangan dalam keadaan nyaman, hangat, cukup penerangan dan tertutup. Misalnya menutup pintu/jendela atau skerem untuk menjaga privasi klien.

c. *Klien (fisik dan fisiologis)*

Bantu klien mengenakan baju periksa jika ada dan anjurkan klien untuk rileks.

## **B. TEKNIK-TEKNIK PEMERIKSAAN FISIK YANG DIGUNAKAN ADALAH**

Teknik pemeriksaan fisik yang kita gunakan ada 4 besar, yaitu: inspeksi (periksa pandang), palpasi (periksa raba), perkusi (periksa ketuk), auskultasi (periksa dengar).

### **1. Inspeksi**

Merupakan metode pemeriksaan pasien dengan melihat langsung seluruh tubuh pasien atau hanya bagian tertentu yang diperlukan. Metode ini berupaya melihat kondisi klien dengan menggunakan “*sense of sign*” baik melalui mata telanjang atau alat bantu penerangan (lampu). Inspeksi adalah kegiatan aktif, proses ketika perawat harus mengetahui apa yang dilihatnya dan di mana lokasinya. Metode inspeksi ini digunakan untuk mengkaji warna kulit, bentuk, posisi, ukuran dan lainnya dari tubuh pasien.

Pemeriksa menggunakan indera penglihatan berkonsentrasi untuk melihat pasien secara seksama, setiap sistem dan tidak terburu-buru sejak pertama bertemu dengan cara memperoleh riwayat pasien dan terutama sepanjang pemeriksaan fisik dilakukan. Inspeksi juga menggunakan indera pendengaran dan penciuman untuk mengetahui lebih lanjut, lebih jelas dan lebih memvalidasi apa yang dilihat oleh mata dan dikaitkan dengan suara atau bau dari pasien. Pemeriksa kemudian akan mengumpulkan dan menggolongkan informasi yang diterima oleh semua indera tersebut yang akan membantu dalam membuat keputusan diagnosa keperawatan dan selanjutnya bisa membuat intervensi keperawatan, kemudian seterusnya sesuai dengan langkah-langkah proses keperawatan serta bisa membantu penentuan terapi (dokter).

Cara pemeriksaan:

- a. Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri
- b. Bagian tubuh yang diperiksa harus terbuka (diupayakan pasien membuka sendiri pakaiannya. Sebaiknya pakaian tidak dibuka sekaligus, namun dibuka seperlunya untuk pemeriksaan sedangkan bagian lain ditutupi selimut).
- c. Bandingkan bagian tubuh yang berlawanan (kesimetrisan) dan abnormalitas. Contoh : mata kuning (ikterus), terdapat struma di leher, kulit kebiruan (sianosis), dan lain-lain.
- d. Catat hasilnya.

### **2. Palpasi**

Merupakan metode pemeriksaan pasien dengan menggunakan “*sense of touch*”. Palpasi adalah suatu tindakan pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian tubuh dengan menggunakan jari atau tangan. Tangan dan jari-jari adalah instrumen yang sensitif digunakan untuk mengumpulkan data, misalnya metode palpasi ini dapat digunakan untuk mendeteksi suhu tubuh (temperatur), adanya getaran, pergerakan, bentuk, konsistensi dan ukuran.

Rasa nyeri tekan dan kelainan dari jaringan/organ tubuh. Teknik palpasi dibagi menjadi dua:

a. Palpasi Ringan:

Caranya: ujung-ujung jari pada satu/dua tangan digunakan secara simultan. Tangan diletakkan pada area yang dipalpasi, jari-jari ditekan kebawah perlahan-lahan sampai ada hasil yang diharapkan.

b. Palpasi dalam (*bimanual*)

Caranya: misalnya untuk merasakan isi abdomen, dilakukan dua tangan. Satu tangan untuk merasakan bagian yang dipalpasi, tangan lainnya untuk menekan ke bawah. Dengan posisi rileks, jari-jari tangan kedua diletakkan melekat pada jari-jari pertama.

Cara pemeriksaan :

- 1) Posisi pasien bisa tidur, duduk atau berdiri.
- 2) Pastikan pasien dalam keadaan rileks dengan posisi yang nyaman.
- 3) Kuku jari-jari pemeriksa harus pendek, tangan hangat dan kering.
- 4) Minta pasien untuk menarik napas dalam agar meningkatkan relaksasi otot.
- 5) Lakukan palpasi dengan sentuhan perlahan-lahan dengan tekanan ringan.
- 6) Palpasi daerah yang dicurigai, adanya nyeri tekan menandakan kelainan.
- 7) Lakukan palpasi secara hati-hati apabila diduga adanya fraktur tulang.
- 8) Hindari tekanan yang berlebihan pada pembuluh darah.
- 9) Rasakan dengan seksama kelainan organ/jaringan, adanya nodul, tumor bergerak/tidak dengan konsistensi padat/kenyal, bersifat kasar/lembut, ukurannya dan ada/tidaknya getaran/ trill, serta rasa nyeri raba / tekan.
- 10) Catatlah hasil pemeriksaan yang didapat.

### 3. Perkusi

Perkusi adalah suatu tindakan pemeriksaan dengan memukul/mengetuk untuk mendengarkan bunyi getaran/ gelombang suara yang dihantarkan kepermukaan tubuh dari bagian tubuh yang diperiksa. Pemeriksaan dilakukan dengan ketukan jari atau tangan pada permukaan tubuh. Perjalanan getaran/ gelombang suara tergantung oleh kepadatan media yang dilalui. Derajat bunyi disebut dengan resonansi. Karakter bunyi yang dihasilkan dapat menentukan lokasi, ukuran, bentuk, dan kepadatan struktur di bawah kulit. Sifat gelombang suara yaitu semakin banyak jaringan, semakin lemah hantarannya dan udara/ gas paling resonan.

Cara pemeriksaan :

- a. Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri tergantung bagian yang akan diperiksa.
- b. Pastikan pasien dalam keadaan rileks.
- c. Minta pasien untuk menarik napas dalam agar meningkatkan relaksasi otot.
- d. Kuku jari-jari pemeriksa harus pendek, tangan hangat dan kering.
- e. Lakukan perkusi secara seksama dan sistematis yaitu dengan:
  - 1) Metode langsung yaitu mengetukkan jari tangan langsung ke bagian tubuh yang akan diperiksa dengan menggunakan 1 atau 2 ujung jari.

- 2) Metode tidak langsung dengan cara sebagai berikut : Jari tengah tangan kiri di letakkan dengan lembut di atas permukaan tubuh, ujung jari tengah dari tangan kanan, untuk mengetuk persendian, pukulan harus cepat dengan menggunakan kekuatan pergelangan tangan, dan lengan tidak bergerak dan pergelangan tangan rilek, berikan tenaga pukulan yang sama pada setiap area tubuh yang diperiksa.
- f. Bandingkan atau perhatikan bunyi yang dihasilkan oleh perkusi.
- 1) Bunyi timpani mempunyai intensitas keras, nada tinggi, waktu agak lama dan kualitas seperti drum (lambung).
  - 2) Bunyi resonan mempunyai intensitas menengah, nada rendah, waktu lama, kualitas bergema (paru normal).
  - 3) Bunyi hipersonar mempunyai intensitas amat keras, waktu lebih lama, kualitas ledakan (empisema paru).
  - 4) Bunyi pekak mempunyai intensitas lembut sampai menengah, nada tinggi, waktu agak lama kualitas seperti petir (hati).

#### **4. Auskultasi**

Auskultasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop. Hal-hal yang didengarkan adalah: bunyi jantung, suara nafas, dan bising usus.

Penilaian pemeriksaan auskultasi meliputi:

- a. Frekuensi yaitu menghitung jumlah getaran permenit.
- b. Durasi yaitu lama bunyi yang terdengar.
- c. Intensitas bunyi yaitu ukuran kuat/ lemahnya suara.
- d. Kualitas yaitu warna nada/ variasi suara.

##### *a. Bunyi jantung*

Waktu mendengar, pemeriksa harus memusatkan pikiran pada sifat, karakteristik dan intensitas bunyi jantung.

Penilaian dilakukan berurutan dan sendiri-sendiri mulai dari bunyi jantung I, bunyi jantung II, sistole dan diastole.

Yang digolongkan dalam bunyi jantung ialah: Bunyi-bunyi jantung I, II, III, IV, Opening snap, irama derap, dan klik.

Bunyi jantung I, II merupakan bunyi jantung normal. Bunyi jantung III juga normal bila terdengar sampai umur 20 tahunan. Bunyi jantung IV, opening snap, irama derap dan klik ditemukan sebagai keadaan yang patologik. Pada kasus-kasus patologik tertentu dapat pula terdengar kelainan bunyi jantung I, II, III. Bunyi jantung dapat didengar dengan menempatkan telinga langsung di atas dada penderita. Dengan stetoskop, auskultasi mudah, sopan dan bunyi terdengar lebih keras. Stetoskop untuk orang dewasa tidak dapat dipakai pada anak.

Dianjurkan memakai stetoskop dengan panjang selang sekitar 30 cm dan diameter bagian dalam selang kira-kira 1/8 inci. Ada 2 macam stetoskop yaitu berbentuk sungkup dan diafragma. Sungkup lebih baik menangkap bunyi dan bising jantung bernada rendah, diafragma untuk bunyi bernada tinggi. Dalam proses auskultasi yang lebih penting dari stetoskop ialah pemeriksa. Ia harus mengetahui fisiologi dan patofisiologi kardiovaskuler sehingga dapat menentukan di mana mendengar dan bagaimana menginterpretasi bunyi dan bising jantung.

Tempat-tempat di permukaan dada dengan intensitas, bunyi jantung paling kuat tidak selalu sesuai dengan lokasi anatomik katup-katup. Daerah katup mitral, lokalisasinya pada sela iga V kiri, katup pulmonal pada sela iga II kiri. Daerah katup aorta di sela iga II kanan dan katup trikuspid pada peralihan korpus sterni ke processus xiphoideus.

*b. Suara Nafas*

Suara tidak normal yang dapat diauskultasi pada nafas adalah :

- 1) Rales: suara yang dihasilkan dari eksudat lengket saat saluran-saluran halus pernafasan mengembang pada inspirasi (rales halus, sedang, kasar). Misalnya pada klien pneumonia, TBC.
- 2) Ronchi: nada rendah dan sangat kasar terdengar baik saat inspirasi maupun saat ekspirasi. Ciri khas ronchi adalah akan hilang bila klien batuk. Misalnya pada edema paru.
- 3) Wheezing: bunyi yang terdengar “ngiii...k”. bisa dijumpai pada fase inspirasi maupun ekspirasi. Misalnya pada bronchitis akut, asma.
- 4) Pleura Friction Rub; bunyi yang terdengar “kering” seperti suara gosokan amplas pada kayu. Misalnya pada klien dengan peradangan pleura.

Cara pemeriksaan :

- 1) Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri tergantung bagian yang diperiksa dan bagian tubuh yang diperiksa harus terbuka.
- 2) Pastikan pasien dalam keadaan rilek dengan posisi yang nyaman.
- 3) Pastikan stetoskop sudah terpasang baik dan tidak bocor antara bagian kepala, selang dan telinga.
- 4) Pasanglah ujung stetoskop bagian telinga ke lubang telinga pemeriksa sesuai arah (harus tepat untuk telinga kanan dan kiri), untuk menghasilkan hasil pemeriksaan yang baik.
- 5) Hangatkan dulu kepala stetoskop dengan cara menempelkan pada telapak tangan pemeriksa.
- 6) Tempelkan kepala stetoskop pada bagian tubuh pasien yang akan diperiksa.
- 7) Gunakanlah bel stetoskop untuk mendengarkan bunyi bernada rendah pada tekanan ringan yaitu pada bunyi jantung dan vaskuler dan gunakan diafragma untuk bunyi bernada tinggi seperti bunyi usus dan paru.

c. *Bising Usus*

Untuk mendengarkan bising usus, auskultasi dilakukan pada keempat kuadran abdomen. Dengarkan peristaltik ususnya selama satu menit penuh. Bising usus normalnya 5-30 kali/menit. Jika kurang dari itu atau tidak ada sama sekali kemungkinan ada peristaltik ileus, konstipasi, peritonitis, atau obstruksi. Jika peristaltik usus terdengar lebih dari normal kemungkinan klien sedang mengalami diare.

Dalam melakukan pemeriksaan fisik, ada dua prinsip yang harus kita perhatikan, yaitu:

- 1) Kontrol infeksi, meliputi mencuci tangan, memasang sarung tangan steril, memasang masker, dan membantu klien mengenakan baju periksa jika ada. Karena pada era sekarang penyakit infeksi juga semakin banyak, maka kita harus bisa membatasi penyebarannya dengan melakukan kontrol infeksi ini.
- 2) Kontrol lingkungan yaitu memastikan ruangan dalam keadaan nyaman, hangat, dan cukup penerangan untuk melakukan pemeriksaan fisik baik bagi klien maupun bagi pemeriksa itu sendiri. Misalnya: menutup pintu/jendela atau skerem untuk menjaga privacy klien, komunikasi (penjelasan prosedur), privacy dan kenyamanan klien, sistematis dan konsisten (*head to toe*, dari eksternal ke internal, dari normal ke abnormal), berada di sisi kanan klien (bila memungkinkan), efisiensi, dan dokumentasi.

Selanjutnya materi akan dibahas adalah prosedur pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan, kita harus menyiapkan alat-alat yang kita perlukan dan ditata yang rapi di dekat kita di tempat yang memudahkan kita bekerja.

Setelah alat-alat didekatkan ke tempat periksa kita mulai melakukan prosedur dengan mencuci tangan, jelaskan prosedur pemeriksaan, pakai sarung tangan/*handschoen* bila diperlukan, baru kita mulai melakukan pemeriksaan dari kepala sampai dengan kaki.

Harus diingat bahwa posisi klien pada waktu kita melakukan pemeriksaan bisa duduk/berbaring.

d. *Pemeriksaan diawali dengan memeriksa*

- 1) Kesadaran, tingkah laku, ekspresi wajah, mood. (Normal : Kesadaran penuh, Ekspresi sesuai, tidak ada menahan nyeri/ sulit bernafas), tanda-tanda stress/ kecemasan (Normal: relaks, tidak ada tanda-tanda cemas/takut), jenis kelamin, usia, tahapan perkembangan, TB, BB (Normal: BMI dalam batas normal), kebersihan Personal (Normal : Bersih dan tidak bau), cara berpakaian (Normal: Benar/ tidak terbalik), postur dan cara berjalan, bentuk dan ukuran tubuh, cara bicara. (Relaks, lancar, tidak gugup), evaluasi dengan membandingkan dengan keadaan normal.  
Perlu menjadi perhatian bahwa pemeriksaan dilakukan dengan memeriksa seluruh tubuh klien dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*), atau hanya bagian tubuh klien yang diperlukan saja, disini kami kemas dalam bentuk tabel dengan maksud mempermudah saudara memahaminya, diawali dengan ...

■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ■

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
1	a. Pemeriksaan kulit Inspeksi	kebersihan, warna, pigmentasi, lesi/perluasan, pucat, sianosis, dan ikterik.	kulit tidak ada ikterik / pucat / sianosis
	Palpasi	kelembaban, suhu permukaan kulit, tekstur, ketebalan, turgor kulit, dan edema.	lembab, turgor baik/elastik, tidak ada edema
	b. Pemeriksaan kuku Inspeksi	kebersihan, bentuk, dan warna kuku	bersih, bentuk normal tidak ada tanda-tanda jari tabuh ( <i>clubbing finger</i> ), tidak ikterik/sianosis
	Palpasi	ketebalan kuku dan capillary refill (pengisian kapiler).	aliran darah kuku akan kembali < 3 detik
2	Pemeriksaan kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut dan leher		
	a. Pemeriksaan kepala Inspeksi	ukuran lingkaran kepala, bentuk, kesimetrisan, adanya lesi atau tidak, kebersihan rambut dan kulit kepala, warna, rambut, jumlah dan distribusi rambut	simetris, bersih, tidak ada lesi, tidak menunjukkan tanda-tanda kekurangan gizi (rambut jagung dan kering)
	Palpasi	adanya pembengkakan/penonjolan, dan tekstur rambut	tidak ada penonjolan /pembengkakan, rambut lebat dan kuat/tidak rapuh/tidak mudah rontok
	b. Pemeriksaan wajah Inspeksi	warna kulit, pigmentasi, bentuk, dan kesimetrisan	warna sama dengan bagian tubuh lain, tidak pucat/ikterik, simetris
	Palpasi	nyeri tekan dahi, dan edema, pipi, dan rahang	tidak ada nyeri tekan dan edema
	c. Pemeriksaan Mata	bentuk, kesimetrisan, alis mata, bulu mata, kelopak mata, kesimetrisan, bola mata, warna konjungtiva dan sclera (anemis/ikterik), penggunaan kacamata / lensa kontak, dan respons terhadap cahaya	simetris mata kiri dan kanan, simetris bola mata kiri dan kanan, warna konjungtiva pink, dan sclera berwarna putih
	Tes Ketajaman Penglihatan	Ketajaman penglihatan seseorang mungkin berbeda dengan orang lain. Tajam penglihatan tersebut merupakan derajat persepsi detail dan kontour beda	
	d. Pemeriksaan Telinga Inspeksi	bentuk dan ukuran telinga, kesimetrisan, integritas, posisi telinga, warna, liang telinga (cerumen/tanda-tanda infeksi), alat bantu dengar	bentuk dan posisi simetris jika, integritas kulit bagus, warna sama dengan kulit lain, tidak ada tanda-tanda infeksi, dan alat bantu dengar

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
	Palpasi	nyeri tekan aurikuler, mastoid, dan tragus	tidak ada nyeri tekan
	e. Pemeriksaan Telinga Dengan Menggunakan Garpu Tala	a. Pemeriksaan Rinne 1) Pegang garpu tala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari tangan yang berlawanan. 2) Letakkan tangkai garpu tala pada <i>prosesus mastoideus</i> klien. 3) Anjurkan klien untuk memberi tahu pemeriksa jika ia tidak merasakan getaran lagi. 4) Angkat garpu tala dan dengan cepat tempatkan di depan lubang telinga klien 1-2 cm dengan posisi garpu tala paralel terhadap lubang telinga luar klien. 5) Instruksikan klien untuk member tahu apakah ia masih mendengarkan suara atau tidak. 6) Catat hasil pemeriksaan pendengaran tersebut. 7) Pemeriksaan Webber 8) Pegang garpu tala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari yang berlawanan. 9) Letakkan tangkai garpu tala di tengah puncak kepala klien . 10) Tanyakan pada klien apakah bunyi terdengar sama jelas pada kedua telinga atau lebih jelas pada salah satu telinga. 11) Catat hasil pemeriksaan dengan pendengaran tersebut	
	f. Pemeriksaan hidung dan sinus Inspeksi	hidung eksternal (bentuk, ukuran, warna, kesimetrisan), rongga, hidung ( lesi, sekret, sumbatan, pendarahan), hidung internal (kemerahan, lesi, tanda2 infeksi)	simetris kirii kanan, warna sama dengan warna kulit lain, tidak ada lesi, tidak ada sumbatan, perdarahan dan tanda-tanda infeksi

■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ■

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
	Palpasi dan perkusi	frontalis dan, maksilaris (bengkak, nyeri, dan septum deviasi)	tidak ada bengkak dan nyeri tekan
	g. Pemeriksaan mulut dan bibir		
	Inspeksi dan palpasi struktur luar	warna mukosa mulut dan bibir, tekstur, lesi, dan stomatitis.	warna mukosa mulut dan bibir pink, lembab, tidak ada lesi dan stomatitis
	Inspeksi dan palpasi struktur dalam	gigi lengkap/penggunaan gigi palsu, perdarahan/ radang gusi, kesimetrisan, warna, posisi lidah, dan keadaan langit-langit	gigi lengkap, tidak ada tanda-tanda gigi berlobang atau kerusakan gigi, tidak ada perdarahan atau radang gusi, lidah simetris, warna pink, langit-langit utuh dan tidak ada tanda infeksi
	h. Pemeriksaan leher Inspeksi leher	warna integritas, bentuk simetris	warna sama dengan kulit lain, integritas kulit baik, bentuk simetris, tidak ada pembesaran kelenjer gondok
	Inspeksi dan auskultasi arteri karotis	lokasi pulsasi	pulsasi arteri karotis terdengar
	Inspeksi dan palpasi kelenjer tiroid	Nodus/difus, pembesaran, batas, konsistensi, nyeri, gerakan/perlengketan pada kulit, kelenjar limfe (letak, konsistensi, nyeri, pembesaran), kelenjar parotis (letak, terlihat, teraba)	tidak teraba pembesaran kel.gondok, tidak ada nyeri, tidak ada pembesaran kel.limfe, tidak ada nyeri
	Auskultasi	Bising pembuluh darah	Terdengar bising pembuluh darah
3	Pemeriksaan dada dan punggung Pemeriksaan sistem pernafasan		
	Inspeksi	kesimetrisan, bentuk/postur dada, gerakan nafas (frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya pernafasan/penggunaan otot-otot bantu pernafasan), warna kulit, lesi, edema, pembengkakan/penonjolan	simetris, bentuk dan postur normal, tidak ada tanda-tanda distress pernapasan, warna kulit sama dengan warna kulit lain, tidak ikterik/sianosis, tidak ada pembengkakan/penonjolan/edema
	Palpasi	Simetris, pergerakan dada, massa dan lesi, nyeri, tractile fremitus. (Perawat berdiri di belakang pasien, instruksikan pasien untuk mengucapkan angka “tujuh-tujuh” atau “enam-enam” sambil melakukan perabaan dengan kedua telapak tangan pada punggung pasien.)	integritas kulit baik, tidak ada nyeri tekan/massa/tanda-tanda peradangan, ekspansi simetris, taktil vremitus cenderung sebelah kanan lebih teraba jelas
	Perkusi	paru, eksrusi diafragma	resonan (“dug dug dug”), jika bagian

■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ■

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
		(konsistensi dan bandingkan satu sisi dengan satu sisi lain pada tinggi yang sama dengan pola berjenjang sisi ke sisi)	padat lebih daripada bagian udara=pekak (“bleg bleg bleg”), jika bagian udara lebih besar dari bagian padat=hiperesonan (“deng deng deng”), batas jantung=bunyi rensonan----hilang>>redup).
	Auskultasi	suara nafas, trachea, bronchus, paru. (dengarkan dengan menggunakan stetoskop di lapang paru kiri kanan, di RIC 1 dan 2, di atas manubrium dan di atas trachea)	bunyi napas vesikuler, bronchovesikuler, brochial, tracheal)
	Pemeriksaan sistem kardiovaskuler Inspeksi	Muka bibir, konjungtiva, vena jugularis, arteri karotis	Muka bibir, konjungtiva, vena jugularis, arteri karotis
	Palpasi	Denyutan	untuk inspeksi dan palpasi: denyutan aorta teraba
	Perkusi	ukuran, bentuk, dan batas jantung (lakukan dari arah samping ke tengah dada, dan dari atas ke bawah sampai bunyi redup)	batas jantung: tidak lebih dari 4,7,10 cm ke arah kiri dari garis mid sterna, pada RIC 4,5,dan 8
	Auskultasi	bunyi jantung, arteri karotis. (gunakan bagian diafragma dan bell dari stetoskop untuk mendengarkan bunyi jantung)	terdengar bunyi jantung I/S1 (lub) dan bunyi jantung II/S2 (dub), tidak ada bunyi jantung tambahan (S3 atau S4)
	Dada dan aksila Inspeksi payudara	Integritas kulit, besar payudara kiri kanan simetris/tidak.	Integritas kulit, besar payudara kiri kanan simetris/tidak.
	Palpasi	Bentuk, simetris, ukuran, aerola, putting, dan penyebaran vena	Bentuk simetris, puting menonjol, tidak ada penonjolan abnormal
	Inspeksi dan palpasi aksila	nyeri, perbesaran nodus limfe, konsistensi	Tidak nyeri, tidak ada pembesaran nodus, konsistensi lunak
4.	Pemeriksaan Abdomen (Perut) Inspeksi	kuadran dan simetris, contour, warna kulit, lesi, scar, ostomy, distensi, tonjolan, pelebaran vena, kelainan umbilicus, dan gerakan dinding perut.	simetris kika, warna dengan warna kulit lain, tidak ikterik tidak terdapat ostomy, distensi, tonjolan, pelebaran vena, kelainan umbilicus
	Auskultasi	suara peristaltik (bising usus) di semua kuadran (bagian diafragma dari stetoskop) dan suara pembuluh darah dan friction rub :aorta, a.renalis, a. illiaka (bagian bell).	suara peristaltic terdengar setiap 5-20x/dtk, terdengar denyutan arteri renalis, arteri iliaka dan aorta
	Perkusi semua kuadran	mulai dari kuadran kanan atas bergerak searah jarum jam,	timpani, bila hepar dan limfa membesar=redup dan apabila

■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ■

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
		perhatikan jika klien merasa nyeri dan bagaimana kualitas bunyinya, dengarkan batas hepar, ukuran dan batas limfa, nyeri pada ginjal	banyak cairan = hipertimpani
	Palpasi semua kuadran	(hepar, limfa, ginjal kiri dan kanan): massa, karakteristik organ, adanya asites, nyeri irregular, lokasi, dan nyeri. dengan cara perawat menghangatkan tangan terlebih dahulu	tidak teraba penonjolan tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa dan penumpukan cairan
5.	Pemeriksaan ekstremitas atas (bahu, siku, tangan)		
	Inspeksi struktur muskuloskeletal	simetris dan pergerakan, Integritas ROM, kekuatan dan tonus otot	simetris kiri kanan, integritas kulit baik, ROM aktif, kekuatan otot penuh)
	Palpasi	denyutan arteri. brachialis dan arteri. Radialis	teraba jelas
	Tes reflex	tendon trisep, bisep, dan brachioradialis	reflek bisep dan trisep positif
6.	Pemeriksaan ekstremitas bawah (panggul, lutut, pergelangan kaki dan telapak kaki) Inspeksi struktur muskuloskeletal	simetris dan pergerakan, integritas kulit, posisi dan letak, ROM, kekuatan dan tonus otot	simetris kiri kanan, integritas kulit baik, ROM aktif, kekuatan otot penuh
	Palpasi	arteri femoralis, arteri poplitea, a. dorsalis pedis: denyutan	teraba jelas
	Tes refleksi	tendon patella dan archilles	reflex patella dan archilles positif)
7.	Pemeriksaan genitalia (alat genital, anus, rectum) Inspeksi genitalia eksternal:	mukosa kulit, integritas kulit, contour simetris, edema, pengeluaran	bersih, mukosa lembab, integritas kulit baik, semetris tidak ada edema dan tanda-tanda infeksi (pengeluaran pus /bau)
	<b>Wanita:</b> Inspeksi vagina dan servik	integritas kulit, massa, pengeluaran	Kulit warna merah muda, halus, tidak pengeluaran
	Palpasi vagina, uterus dan ovarium:	Letak, ukuran, konsistensi dan, massa	Antefleksi/retrofleksi, tidak membesar (bila tidak hamil), lunak, tidak ada massa
	Pemeriksaan anus dan rectum	feses, nyeri, massa edema, haemoroid, fistula ani pengeluaran dan perdarahan	tidak ada nyeri, tidak terdapat edema/ hemoroid/ polip/ tanda-tanda infeksi dan pendarahan
	<b>Pria:</b>		
	Inspeksi dan palpasi penis	Integritas kulit, massa dan pengeluaran	integritas kulit baik, tidak ada masa atau pembengkakan, tidak ada pengeluaran pus atau darah
	Inspeksi dan palpasi	integritas kulit, ukuran dan	integritas kulit baik, tidak ada masa

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
	skrotum	bentuk, turunan testes dan mobilitas, massa, nyeri dan tonjolan	atau pembengkakan, tidak ada pengeluaran pus atau darah
	Pemeriksaan anus dan rectum	feses, nyeri, massa, edema, hemoroid, fistula ani, pengeluaran dan perdarahan	tidak ada nyeri, tidak terdapat edema/ hemoroid/ polip/ tanda-tanda infeksi dan pendarahan

Setelah dilakukan pemeriksaan, evaluasi hasil yang didapat dengan membandingkan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan. Hasil pemeriksaan yang didapat tersebut digunakan sebagai data dasar guna menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Pokok-pokok pemeriksaan fisik yang minimal harus dilakukan sebelum kita menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Seperti yang kami tuliskan di atas bahwa pemeriksaan fisik ini dilakukan sesuai dengan kebutuhan kita sebagai seorang perawat. Maksud kami begini....tidak setiap klien yang kita asuh dilakukan pemeriksaan fisik secara keseluruhan, namun bisa juga sebagian dari bagian tubuh klien yang kita periksa. Misalnya kalau klien seorang ibu hamil ... fokuskan pemeriksaan kita selain perubahan tanda-tanda vital adalah pada perubahan-perubahan yang terjadi pada kehamilan, namun tetap memperhatikan bahwa manusia itu utuh. Selain pemeriksaan fisik mungkin juga diperlukan pemeriksaan penunjang lain seperti pemeriksaan laboratorium, dan lain-lain.

Perawat dapat memilih untuk mencatat hasil dari pengkajian fisik pada pemeriksaan atau pada akhir pemeriksaan. Sebagian besar institusi memiliki format khusus yang mempermudah pencatatan data pemeriksaan. Perawat meninjau semua hasil sebelum membantu klien berpakaian, untuk berjaga-jaga seandainya perlu memeriksa kembali informasi atau mendapatkan data tambahan. Temuan dari pengkajian fisik dimasukkan ke dalam rencana asuhan.

Data di dokumentasikan berdasarkan format SOAPIE, yang hampir sama dengan langkah-langkah proses keperawatan.

Format SOAPIE, terdiri dari: Data (riwayat) Subjektif, yaitu apa yang dilaporkan klien, data (fisik) Objektif, yaitu apa yang di observasi, inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi oleh perawat, Assessment (pengkajian), yaitu diagnose keperawatan dan pernyataan tentang kemajuan atau kemunduran klien, Plan (Perencanaan), yaitu rencana perawatan klien, Implementation (pelaksanaan), yaitu intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan rencana, Evaluation (evaluasi), yaitu tinjauan hasil rencana yang sudah di implementasikan.

## Latihan

Teman-teman untuk lebih memahami pemeriksaan fisik anda harus sering berlatih dengan banyak kasus penyakit dan dari setiap golongan umur (bayi baru lahir, bayi, anak, remaja, dewasa sampai dengan lansia), lakukan pemeriksaan sesuai dengan kebutuhan

asuhan anda. Agar lebih jelas sebaiknya setiap berlatih anda berkelompok dan sering berkonsultasi dengan pembimbing/tutor yang ada di dekat anda.

#### *Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1) Siapkan alat-alat yang diperlukan untuk melakukan pemeriksaan fisik.
- 2) Baca terlebih dahulu langkah-langkah melakukan pemeriksaan fisik.
- 3) Pilih klien sesuai dengan kebutuhan latihan anda, lakukan pemeriksaan sesuai kebutuhan asuhan keperawatan.

## Ringkasan

Pemeriksaan fisik merupakan peninjauan dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*) pada setiap sistem tubuh yang memberikan informasi objektif tentang klien dan memungkinkan kita sebagai seorang perawat untuk membuat penilaian klinis. Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif, memastikan/membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien. (Dewi Sartika, 2010).

Inspeksi (periksa pandang), palpasi (periksa raba), perkusi (periksa ketuk) dan auskultasi (periksa dengar) teknik dasar perawat melakukan pemeriksaan fisik pada klien dengan tetap memperhatikan 2 prinsip yaitu perhatikan lingkungan yang kita pakai untuk melakukan pemeriksaan dan kontrol infeksi.

Setelah pemeriksaan dilakukan maka perawat menuliskan hasil pemeriksaan pada catatan klien sebagai dokumentasi dalam bentuk sederhana S O A P I E (*subjektif, objektif, assessment, planning, imlpementasi* dan evaluasi).

## Tes 1

- 1) Lingkungan yang harus diperhatikan oleh perawat dalam melakukan pemeriksaan fisik adalah harus ....
  - A. rapi, indah, penuh aksesoris
  - B. terang, nyaman, tertutup
  - C. mahal, hangat, bersahabat
  - D. bagus, mahal dan nyaman
- 2) Hasil pemeriksaan auskultasi pernafasan *wheezing*, adalah ....
  - A. suara yang dihasilkan dari eksudat lengket saat saluran-saluran halus pernafasan mengembang pada inspirasi (rales halus, sedang, kasar).

- B. nada rendah dan sangat kasar terdengar baik saat inspirasi maupun saat ekspirasi.
  - C. bunyi yang terdengar “ngiii...k”. bisa dijumpai pada fase inspirasi maupun ekspirasi.
  - D. bunyi yang terdengar “kering” seperti suara gosokan amplas pada kayu.
- 3) Sebelum melakukan pemeriksaan fisik, perawat harus mencuci tangan dengan benar, dengan maksud ....
- A. agar tangan pemeriksa tetap bersih
  - B. menghormati hak klien
  - C. mencegah penularan penyakit
  - D. mentaati langkah pemeriksaan.
- 4) Klienpun harus selalu diberi tahu pemeriksaan apa yang akan kita lakukan kepadanya, tujuannya ....
- A. agar klien tidak takut
  - B. menghormati hak klien
  - C. klien dapat bekerja sama
  - D. menjaga privacy klien
- 5) Pada waktu dilakukan pemeriksaan, kita selalu memperhatikan lingkungan, maksudnya ....
- A. agar klien tidak takut
  - B. menghormati hak klien
  - C. klien dapat bekerja sama
  - D. menjaga privacy klien
- 6) Perawat Suzana melakukan pengkajian fisik dengan pendekatan yang dimulai dari kepala sampai ekstremitas bawah dengan cara berurutan, prinsip pemeriksaan yang dilakukan perawat Suzana adalah ....
- A. *review of sistem*
  - B. pola fungsi kesehatan Gordon
  - C. *head to toe*
  - D. komprehensif.
- 7) Hasil normal yang ditemukan pada pemeriksaan payudara pada perempuan nifas adalah ....
- A. membesar, hiperpigmentasi, keluar ASI
  - B. membesar, ada benjolan, keluar darah
  - C. membesar, keras, kemerahan
  - D. membesar, keras, terasa sakit

✍ ■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ✍ ■

- 8) Pemeriksaan uji kepekaan telinga klien dengan garpu tala untuk mengetahui keseimbangan konduksi suara ....
- A. uji Webber
  - B. uji Rinne
  - C. uji Ritme
  - D. uji Scwabache
- 9) Untuk melakukan peradangan apendik, bisa dilakukan dengan palpasi abdomen tepatnya pada daerah titik ....
- A. tricuspidalis
  - B. Mc. Burney
  - C. Bicuspidalis
  - D. Garis Schuffmere
- 10) Hasil pemeriksaan daerah dada dengan cara perkusi pada interkosta klien didapatkan hasil suara dinding thorax yang normal ....
- A. Hipersonor
  - B. Sonor
  - C. Tympani
  - D. Dullness

## **Topik 2**

### **Proses Keperawatan**

Proses keperawatan merupakan suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia (KDM), dengan menggunakan metode proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.

Menurut Nursalam (2001) proses keperawatan adalah sebagai salah satu pendekatan utama dalam pemberian asuhan keperawatan, pada dasarnya suatu proses pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah.

Pada topik ini, kita akan membahas pengertian, perkembangan proses keperawatan, pentingnya proses keperawatan, tujuan proses keperawatan, tahapan dalam proses keperawatan.

Salah satu konsep yang juga harus Anda pahami dalam memberikan asuhan keperawatan adalah konsep proses keperawatan. Oleh karena itu marilah kita pelajari bersama tentang konsep itu, sebagai penyegaran kembali materi yang telah teman-teman pelajari beberapa waktu yang lalu.

#### **A. PERKEMBANGAN PROSES KEPERAWATAN**

Dalam perjalanannya proses keperawatan mengalami perkembangan. Berikut pendapat beberapa ahli mengenai perkembangan proses keperawatan (Potter Perry, 1998), dalam Alimul, 2006:

1. Florence Nightingale, menjelaskan bahwa keperawatan merupakan profesi yang dalam melaksanakan beberapa tindakan kepada pasien harus dipisahkan dari medis. Dalam menentukan atau melaksanakan fungsinya, perawat harus mengatur dan menyesuaikan lingkungan yang tidak adekuat dengan dengan memanipulasi lingkungan pasien untuk memfasilitasi proses penyembuhan. Lingkungan pasien yang baik/kondusif akan membantu mempercepat penyembuhan klien, sehingga memperpendek masa rawat dan otomatis memperkecil biaya yang dikeluarkan.
2. Hall, berpendapat bahwa proses keperawatan merupakan istilah yang digunakan dalam menentukan beberapa permasalahan pasien, keluarga dan perawat agar dapat diselesaikan, di mana terjadi interaksi antara perawat dan pengobatan dalam memberikan asuhan keperawatan dan memberikan kenyamanan bagi pasien yang dirawat selama menderita sakit. Asuhan keperawatan merupakan hal yang pertama yang menentukan kesembuhan klien, sebelum pengobatan. Maksudnya adalah klien sudah merasa sembuh dengan mendapat asuhan keperawatan yang baik, sebelum mendapatkan pengobatan.

3. Johnson, menjelaskan bahwa proses keperawatan merupakan cara mengkaji, mencapai keputusan, melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan dalam memecahkan masalah dan mengevaluasi.
4. Wiedenbach (1962), menjelaskan bahwa proses keperawatan merupakan sarana untuk memecahkan masalah kesehatan pasien dan keluarga (pasien), yang dilakukan melalui tiga tahap yaitu: tahap observasi, bantuan pertolongan dan validasi. Setiap tahap ini harus dilakukan dengan cermat, agar asuhan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan klien, dan masalah yang dihadapi segera bisa teratasi.
5. Yura H. Dan Walsh (1983), menjelaskan bahwa proses keperawatan dilaksanakan melalui empat tahap, yaitu tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
6. Knowles (1967), menjelaskan bahwa proses keperawatan dapat dilakukan dengan menggunakan prinsip 5D, yaitu: discover (menemukan), delve (mengkaji), decide (memutuskan), do (mengerjakan), dan discriminate (melakukan pemisahan). Pada tahun yang sama Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE) mengemukakan bahwa proses keperawatan dibagi menjadi beberapa tahap, yaitu tahap persepsi, komunikasi, intervensi dan evaluasi.
7. Orem, mengatakan bahwa keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan melalui beberapa pertimbangan dengan menggunakan tiga tahapan dalam asuhan keperawatan, yakni penentuan diagnosis, perencanaan sistem dan pengelolaan sistem perawatan.
8. Roy, mengatakan bahwa dalam melakukan proses keperawatan sebaiknya menggunakan enam tahapan, yaitu: mengkaji tingkah laku pasien, mengkaji faktor yang mempengaruhinya, mengidentifikasi masalah, merumuskan tujuan, merumuskan intervensi keperawatan, melakukan seleksi dan mengevaluasi. Kemudian dalam melakukan proses keperawatan ia mengajurkan dilakukannya penentuan diagnosis keperawatan.
9. *National Council of State Boards of Nursing* (1982), mengemukakan bahwa proses keperawatan dapat dibagi lima tahap, yaitu tahap pengkajian, tahap analisis (diagnosis), perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Dalam perjalanannya, asuhan keperawatan dilaksanakan dengan lima langkah yang sejalan dengan *National Council of State Boards of Nursing*.

## **B. PENTINGNYA PROSES KEPERAWATAN**

Proses keperawatan merupakan sarana bagi perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien yang diasuhnya, dan memiliki arti penting bagi kedua belah pihak (perawat-klien). Seorang perawat dapat menggunakan proses keperawatan sebagai pedoman dalam membantu menyelesaikan permasalahan yang dihadapi klien, menunjukkan profesi yang mempunyai profesionalitas tinggi, serta dapat memberikan kebebasan pada klien untuk mendapatkan pelayanan yang cukup sesuai dengan kebutuhan sehingga berbagai manfaat yang dapat dilaksanakan antara lain:

1. Dapat meningkatkan kemandirian perawat dalam melaksanakan tugasnya karena di dalam proses keperawatan terdapat metode ilmiah keperawatan berupa langkah-langkah proses keperawatan.
2. Proses keperawatan yang diberikan kepada pasien dapat meningkatkan kepercayaan diri perawat dalam melaksanakan tugas, karena pasien akan merasakan kepuasan setelah dikakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan.
3. Perawat dapat selalu meningkatkan kemampuan intelektual dan teknikalnya dalam tindakan keperawatan, karena melalui proses keperawatan perawat dituntut untuk mampu menyelesaikan masalah baru yang sesuai dengan masalah yang dialami pasien. Kepuasan kerja juga muncul dengan mengetahui bahwa tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai melalui proses keperawatan sehingga perawat dapat menunjukkan keprofesionalismenya. Dengan proses keperawatan rasa tanggung jawab dan tanggung gugat dapat dimiliki oleh perawat agar dapat digunakan untuk mencegah tindakan-tindakan yang merugikan dan tidak legal.

Pasien juga ikut merasakan kepuasan atas asuhan keperawatan yang diberikan, sehingga rasa kebebasan dalam penyampaian kebutuhan diri sampai dengan proses penyembuhan semakin cepat dan perasaan adanya perhatian yang besar akan kebutuhan akan pelayanan keperawatan yang berkualitas dan efisien. Proses keperawatan memiliki beberapa karakteristik dan ciri khas dalam membantu menyelesaikan masalah klien, antara lain:

1. Proses keperawatan merupakan metode pemecahan masalah yang bersifat terbuka, fleksibel dalam memenuhi kebutuhan pasien, serta selalu berkembang terhadap masalah yang ada dan mengikuti perkembangan jaman.
2. Pendekatan proses keperawatan dapat dilakukan secara individual terhadap pemenuhan kebutuhan pasien.
3. Proses keperawatan dapat memudahkan perencanaan beberapa masalah keperawatan.
4. Proses keperawatan untuk mengarahkan tujuan pelayanan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia, seperti kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual.
5. Proses keperawatan sendiri merupakan suatu siklus yang saling berhubungan antara tahap satu dengan tahap yang lain dan tidak berdiri sendiri.
6. Melalui proses keperawatan, masalah dapat lebih cepat diatasi karena dalam proses keperawatan terdapat penekanan validasi data serta pembuktian masalah dan berfokus pada umpan balik atau pengkajian ulang dalam mengetahui kebutuhan dasar secara komprehensif.

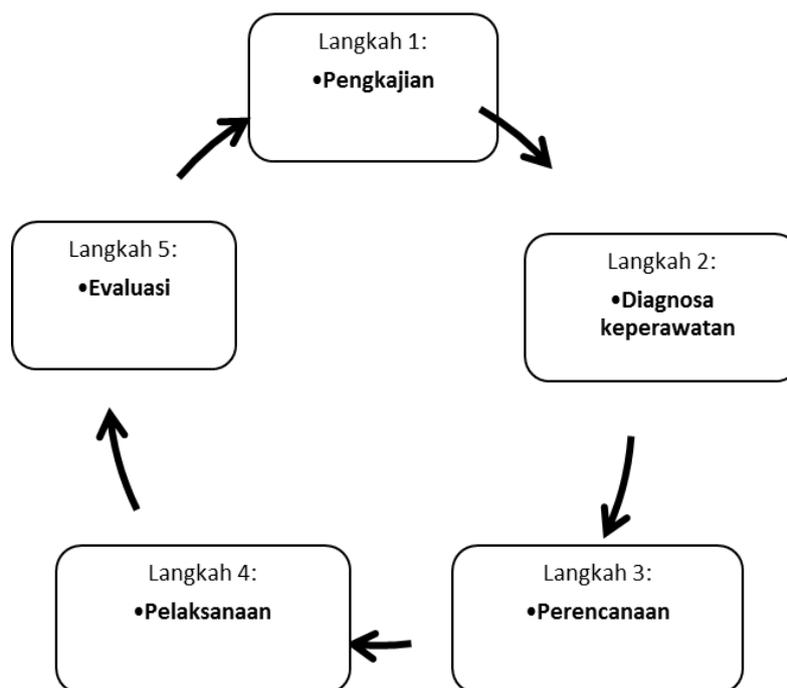
### **C. TUJUAN PROSES KEPERAWATAN**

Adapun tujuan umum pelaksanaan proses keperawatan adalah untuk menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas sehingga berbagai masalah kebutuhan pasien teratasi. Tujuan khusus proses keperawatan adalah:

1. Mengidentifikasi berbagai kebutuhan dasar manusia yang bersifat tidak mampu dilakukan, atau tidak diketahui bagaimana cara melakukannya.
2. Menentukan diagnosis keperawatan setelah dilakukan identifikasi.
3. Menentukan rencana tindakan keperawatan setelah diagnosis ditegakkan.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan setelah direncanakan.
5. Mengetahui perkembangan pasien dari berbagai tindakan yang telah dilakukan untuk menentukan tingkat keberhasilan.

#### **D. TAHAPAN DALAM PROSES KEPERAWATAN**

Ada lima langkah utama yang harus anda ikuti secara berurutan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan/*planning*, pelaksanaan/*implementation* dan evaluasi/*evaluation*, dengan tujuan untuk mengidentifikasi masalah klien, apakah keadaan klien sehat atau sakit. Kelima langkah ini harus dilaksanakan secara berurutan dengan menggunakan pendekatan siklus, setelah langkah kelima kita akan kembali ke langkah pertama demikian seterusnya sampai masalah klien yang kita asuh bisa teratasi. Bila digambarkan dalam bentuk bagan akan nampak seperti berikut:



*Gambar 2.1: Langkah-langkah Proses Keperawatan*

Nah...teman-teman, pada mata kuliah KDM 1 ini konsep proses keperawatan cukup anda pahami sampai di sini saja, untuk lebih detail nanti akan anda pelajari pada mata kuliah lain. Setelah memahami konsep proses keperawatan, kita akan lanjut dengan materi pemeriksaan fisik merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan pada langkah pertama proses keperawatan yaitu pengkajian.

Di samping mempelajari bab ini, teman-teman juga harus tetap membaca buku lain seperti buku Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia tulisan Bp. Alimul Aziz, dan buku-buku yang lain. Semoga sukses ya teman-teman.....

## **Latihan**

Teman-teman.....untuk lebih meningkatkan pemahaman tentang proses keperawatan, anda harus melatih diri dengan melakukan latihan membuat asuhan keperawatan klien yang anda asuh setiap hari..

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1) Siapkan format pengkajian yang sudah anda dapatkan dari mata kuliah lain (dokumentasi keperawatan).
- 2) Pilih 3 klien yang anda asuh.
- 3) Lakukan pengkajian data dengan baik
- 4) Buat laporan asuhan keperawatan yang anda asuh dalam bentuk makalah.
- 5) Minta pengesahan Kepala Ruangan atau Pembimbing Klinik terdekat.
- 6) Serahkan ke pembimbing/dosen bila Anda datang ke kampus.

## **Ringkasan**

Proses keperawatan merupakan salah satu pendekatan utama dalam pemberian asuhan keperawatan, pada dasarnya suatu proses pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah. Ada lima langkah utama yang harus dilakukan secara berurutan dengan menggunakan pendekatan siklus yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, setelah langkah kelima (evaluasi) kita akan kembali ke langkah pertama (pengkajian) dengan tujuan untuk mengidentifikasi masalah klien, apakah keadaan klien sehat atau sakit.

Asuhan keperawatan dapat tercapai melalui proses keperawatan sehingga perawat dapat menunjukkan keprofesionalismenya. Dengan proses keperawatan rasa tanggung jawab dan tanggung gugat dapat dimiliki oleh perawat agar dapat digunakan untuk mencegah tindakan-tindakan yang merugikan dan tidak legal.

## **Tes 2**

- 1) Langkah-langkah proses keperawatan ....
  - A. subjektif, objektif, *assessment, planning, implementation, evaluation*
  - B. *assessment, planning, implementation, evaluation*, subjektif, objektif
  - C. pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi
  - D. perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pengkajian, diagnosa keperawatan

- 2) Dalam melaksanakan proses keperawatan, setiap langkah dilakukan secara siklus, maksudnya dilakukan ....
  - A. dengan memperhatikan respons klien dengan seksama
  - B. pada seluruh tubuh klien secara teliti dan cermat
  - C. secara menyeluruh dan harus tetap utuh
  - D. secara berurutan secara berulang-ulang.
  
- 3) Proses keperawatan menurut *National Council of State Boards of Nursing* ....
  - A. perawat harus mengatur dan menyesuaikan lingkungan pasien
  - B. dilaksanakan melalui empat tahap: pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi
  - C. pelaksanaannya menggunakan prinsip 5D (*discover, delve, decide, do, discriminate*)
  - D. dibagi menjadi lima tahap: pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi
  
- 4) Proses keperawatan menurut *Florence Nightingale* ....
  - A. perawat harus mengatur dan menyesuaikan lingkungan pasien
  - B. dilaksanakan melalui empat tahap: pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi
  - C. pelaksanaannya menggunakan prinsip 5D (*discover, delve, decide, do, discriminate*)
  - D. dibagi menjadi lima tahap: pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi
  
- 5) Pentingnya proses keperawatan ....
  - A. sebagai pedoman dalam melaksanakan asuhan keperawatan
  - B. mempermudah pekerjaan perawat dan membantu klien dengan baik
  - C. memperpendek masa rawat klien, sehingga perawat dapat belajar dengan baik
  - D. sebagai acuan dalam setiap langkah proses pelayanan kepada setiap petugas kesehatan
  
- 6) Pada tahap pengkajian, hal yang dilakukan ....
  - A. pengumpulan data yang baik
  - B. menentukan keputusan klinis
  - C. melaksanakan strategi keperawatan
  - D. menilai sejauh mana tujuan tercapai
  
- 7) Pada tahap diagnosis, hal yang dilakukan ....
  - A. pengumpulan data yang baik
  - B. menentukan keputusan klinis

- C. melaksanakan strategi keperawatan
  - D. menilai sejauh mana tujuan tercapai
- 8) Pada tahap implementasi hal yang dilakukan ....
- A. pengumpulan data yang baik
  - B. menentukan keputusan klinis
  - C. melaksanakan strategi keperawatan
  - D. menilai sejauh mana tujuan tercapai
- 9) Pada tahap evaluasi, hal yang dilakukan ....
- A. pengumpulan data yang baik
  - B. menentukan keputusan klinis
  - C. melaksanakan strategi keperawatan
  - D. menilai sejauh mana tujuan tercapai
- 10) Tujuan proses keperawatan dilaksanakan secara umum adalah ....
- A. mengidentifikasi semua kebutuhan dasar pasien
  - B. menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas
  - C. menciptakan perawat yang kreatif, maju dan berinovasi
  - D. mencegah pemborosan biaya perawatan yang dikeluarkan

## Kunci Jawaban Tes

### *Tes 1*

- 1) B
- 2) C
- 3) D
- 4) B
- 5) D
- 6) C
- 7) A
- 8) A
- 9) B
- 10) C

### *Tes 2*

- 1) C
- 2) C
- 3) D
- 4) A
- 5) A
- 6) A
- 7) B
- 8) C
- 9) D
- 10) B

## Daftar Pustaka

- Alman. 2000, *Fundamental & Advanced Nursing Skill*, Canada, Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008, Teknik prosedural keperawatan, konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien, Salemba Medika, Jakarta
- A. Azis Alimun .2006, Kebutuhan dasar manusia I , Salemba Medika, Jakarta
- A. Azis Alimun H, 2006, Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan, Buku 1, Buku 2, Salemba Medika, Jakarta
- A. Azis Alimun H, Musrifatul U., 2005, Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Elkin, et al .2000., *Nursing Intervention and Clinical Skills*, Aecond edt.
- Kozier, B. 1995, *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*, California, Addison Wesley
- Perry,at al. 2005, *Keterampilan dan prosedur dasar,Kedokteran*, EGC, Jakarta
- Potter,P.1998, *Fundamental of Nursing*, Philadelphia, Lippincott
- Potter & Perry, 2006, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep,Proses dan Praktik*, edisi 4, Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Jakarta.
- Priharjo, Robert. 2006. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta : EGC
- S. Suarli dan Yanyan Bahtiar. 2010. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta : Erlangga Medical Series.
- Tarwoto Wartonah.2006, *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan edisi 3*, Salemba Medika, Jakarta
- Tim Poltekkes Depkes Jakarta III .2009, *Panduan Praktek KDM*, Salemba Medika, Jakarta
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, 2012, *Modul pembelajaran KDM*, Malang
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, 2012, *Modul Pemeriksaan Fisik dan Implikasinya dalam Keperawatan* , Malang
- Wahid,IM dan Nurul, C. 2008, *Buku Ajar Kebutuhan dasar Manusia, teori dan aplikasi dalam praktek*, Salemba Medika, Jakarta.

## **BAB III**

# **PEMERIKSAAN TANDA-TANDA VITAL**

*Ni Wayan Dwi Rosmalawati dan Kasiati*

### **PENDAHULUAN**

Pemeriksaan tanda-tanda vital merupakan suatu cara untuk mendeteksi adanya perubahan sistem tubuh, terdiri dari mengukur tekanan darah, mengukur suhu tubuh, menghitung denyut nadi dan menghitung pernafasan klien. Tanda vital mempunyai nilai sangat penting pada perubahan fungsi tubuh. Adanya perubahan tanda-tanda vital dapat menunjukkan ketidakseimbangan fungsi sistem tubuh yang harus mendapat penanganan/asuhan segera oleh perawat sebagai garda terdepan dalam asuhan kepada klien.

Tindakan ini bukan hanya merupakan kegiatan rutin pada pasien, tetapi merupakan tindakan pengawasan terhadap perubahan atau gangguan sistem tubuh. Pelaksanaan pemeriksaan tanda vital pada pasien tentu berbeda dengan pasien yang lainnya. Tingkat kegawatan dan penanganan pasien juga berbeda beda, mulai dari yang keadaan kritis hingga dalam keadaan pasien yang sakit ringan. Prosedur pemeriksaan tanda vital yang dilakukan pada pasien meliputi pengukuran suhu, pemeriksaan denyut nadi, pemeriksaan pernapasan dan pengukuran tekanan darah

## Topik 1

### Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik, kami hanya menguraikan hal yang pokok-pokok saja, karena kami yakin hal ini sudah biasa Anda lakukan saat memberikan pelayanan kepada masyarakat di tempat anda bekerja. Kami tidak bermaksud menggurui anda teman-teman... di sini kami mengajak anda mengingat kembali secara konsep tentang apa yang sudah anda lakukan, sehingga pelayanan yang anda berikan nanti jadi semakin profesional.

#### A. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik merupakan peninjauan dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*) pada setiap sistem tubuh yang memberikan informasi objektif tentang klien dan memungkinkan kita sebagai seorang perawat untuk membuat penilaian klinis.

Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif, memastikan/membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien. (Dewi Sartika, 2010).

##### 1. Definisi Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan tubuh untuk menentukan adanya kelainan-kelainan dari suatu sistem atau suatu organ tubuh dengan cara melihat (inspeksi), meraba (palpasi), mengetuk (perkusi) dan mendengarkan (auskultasi). (Raylene M Rospond, 2009; Terj D. Lyrawati, 2009).

Pemeriksaan fisik adalah metode pengumpulan data yang sistematis dengan memakai indera penglihatan, pendengaran, penciuman, dan rasa untuk mendeteksi masalah kesehatan klien. Untuk pemeriksaan fisik perawat menggunakan teknik inspeksi, auskultasi, palpasi, dan perkusi (Craven & Hirnle, 2000; Potter & Perry, 1997; Koziar et al., 1995).

Pemeriksaan fisik dalam keperawatan digunakan untuk mendapatkan data objektif dari riwayat keperawatan klien. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan bersamaan dengan wawancara. Fokus pengkajian fisik keperawatan adalah pada kemampuan fungsional klien. Misalnya, klien mengalami gangguan sistem muskuloskeletal, maka perawat mengkaji apakah gangguan tersebut mempengaruhi klien dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari atau tidak.

##### 2. Tujuan Pemeriksaan Fisik

Secara umum, pemeriksaan fisik yang dilakukan bertujuan:

- a. Untuk mengumpulkan dan memperoleh data dasar tentang kesehatan klien.
- b. Untuk menambah, mengkonfirmasi, atau menyangkal data yang diperoleh dalam riwayat keperawatan.

- c. Untuk mengkonfirmasi dan mengidentifikasi diagnosa keperawatan.
- d. Untuk membuat penilaian klinis tentang perubahan status kesehatan klien dan penatalaksanaan.
- e. Untuk mengevaluasi hasil fisiologis dari asuhan keperawatan.

### **3. Manfaat Pemeriksaan Fisik**

Pemeriksaan fisik memiliki banyak manfaat, baik bagi perawat sendiri, maupun bagi profesi kesehatan lain, di antaranya:

- a. Sebagai data untuk membantu perawat dalam menegakkan diagnose keperawatan.
- b. Mengetahui masalah kesehatan yang di alami klien.
- c. Sebagai dasar untuk memilih intervensi keperawatan yang tepat.
- d. Sebagai data untuk mengevaluasi hasil dari asuhan keperawatan.

### **4. Hal-hal yang Perlu Diperhatikan Dalam Pemeriksaan Fisik**

- a. Selalu meminta kesediaan/izin pada pasien untuk setiap pemeriksaan (*informed consent*).
- b. Jagalah privasi pasien.
- c. Pemeriksaan harus seksama dan sistematis.
- d. Jelaskan apa yang akan dilakukan sebelum pemeriksaan (tujuan, kegunaan, cara dan bagian yang akan diperiksa).
- e. Beri instruksi spesifik yang jelas.
- f. Berbicaralah yang komunikatif (kalau perlu gunakan bahasa daerah setempat).
- g. Ajaklah klien untuk bekerja sama dalam pemeriksaan.
- h. Perhatikanlah ekspresi/bahasa non verbal dari klien.
- i. Jangan menyakiti klien.

### **5. Persiapan dalam Pemeriksaan Fisik**

#### **a. Alat**

Meteran/met line, Timbangan Berat Badan, Penlight, Steteskop, Tensimeter/sphigmomanometer, Thermometer, Arloji/stopwatch, Refleks Hammer, Otoskop, sarung tangan/*handschoon* bersih (jika perlu), tissue, buku catatan perawat. Alat diletakkan di dekat tempat tidur klien yang akan di periksa, susun serapi mungkin, dan letakkan alat yang mau dipakai terlebih dahulu paling dekat dengan anda.

#### **b. Lingkungan**

Pastikan ruangan dalam keadaan nyaman, hangat, cukup penerangan dan tertutup. Misalnya menutup pintu/jendela atau skerem untuk menjaga privasi klien.

#### **c. Klien (*fisik dan fisiologis*)**

Bantu klien mengenakan baju periksa jika ada dan anjurkan klien untuk rileks.

## **B. TEKNIK-TEKNIK PEMERIKSAAN FISIK YANG DIGUNAKAN ADALAH**

Teknik pemeriksaan fisik yang kita gunakan ada 4 besar, yaitu: inspeksi (periksa pandang), palpasi (periksa raba), perkusi (periksa ketuk), auskultasi (periksa dengar).

### **1. Inspeksi**

Merupakan metode pemeriksaan pasien dengan melihat langsung seluruh tubuh pasien atau hanya bagian tertentu yang diperlukan. Metode ini berupaya melihat kondisi klien dengan menggunakan “sense of sign” baik melalui mata telanjang atau alat bantu penerangan (lampu). Inspeksi adalah kegiatan aktif, proses ketika perawat harus mengetahui apa yang dilihatnya dan di mana lokasinya. Metode inspeksi ini digunakan untuk mengkaji warna kulit, bentuk, posisi, ukuran dan lainnya dari tubuh pasien.

Pemeriksa menggunakan indera penglihatan berkonsentrasi untuk melihat pasien secara seksama, setiap sistem dan tidak terburu-buru sejak pertama bertemu dengan cara memperoleh riwayat pasien dan terutama sepanjang pemeriksaan fisik dilakukan. Inspeksi juga menggunakan indera pendengaran dan penciuman untuk mengetahui lebih lanjut, lebih jelas dan lebih memvalidasi apa yang dilihat oleh mata dan dikaitkan dengan suara atau bau dari pasien. Pemeriksa kemudian akan mengumpulkan dan menggolongkan informasi yang diterima oleh semua indera tersebut yang akan membantu dalam membuat keputusan diagnosa keperawatan dan selanjutnya bisa membuat intervensi keperawatan, kemudian seterusnya sesuai dengan langkah-langkah proses keperawatan serta bisa membantu penentuan terapi (dokter).

Cara pemeriksaan:

- a. Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri
- b. Bagian tubuh yang diperiksa harus terbuka (diupayakan pasien membuka sendiri pakaiannya. Sebaiknya pakaian tidak dibuka sekaligus, namun dibuka seperlunya untuk pemeriksaan sedangkan bagian lain ditutupi selimut).
- c. Bandingkan bagian tubuh yang berlawanan (kesimetrisan) dan abnormalitas. Contoh : mata kuning (ikterus), terdapat struma di leher, kulit kebiruan (sianosis), dan lain-lain.
- d. Catat hasilnya.

### **2. Palpasi**

Merupakan metode pemeriksaan pasien dengan menggunakan “sense of touch”. Palpasi adalah suatu tindakan pemeriksaan yang dilakukan dengan perabaan dan penekanan bagian tubuh dengan menggunakan jari atau tangan. Tangan dan jari-jari adalah instrumen yang sensitif digunakan untuk mengumpulkan data, misalnya metode palpasi ini dapat digunakan untuk mendeteksi suhu tubuh (temperatur), adanya getaran, pergerakan, bentuk, konsistensi dan ukuran.

Rasa nyeri tekan dan kelainan dari jaringan/organ tubuh. Teknik palpasi dibagi menjadi dua:

#### **a. Palpasi Ringan:**

Caranya: ujung-ujung jari pada satu/dua tangan digunakan secara simultan. Tangan diletakkan pada area yang dipalpasi, jari-jari ditekan kebawah perlahan-lahan sampai ada hasil yang diharapkan.

b. Palpasi dalam (*bimanual*)

Caranya: misalnya untuk merasakan isi abdomen, dilakukan dua tangan. Satu tangan untuk merasakan bagian yang dipalpasi, tangan lainnya untuk menekan ke bawah. Dengan posisi rileks, jari-jari tangan kedua diletakkan melekat pada jari-jari pertama.

Cara pemeriksaan :

- 1) Posisi pasien bisa tidur, duduk atau berdiri.
- 2) Pastikan pasien dalam keadaan rileks dengan posisi yang nyaman.
- 3) Kuku jari-jari pemeriksa harus pendek, tangan hangat dan kering.
- 4) Minta pasien untuk menarik napas dalam agar meningkatkan relaksasi otot.
- 5) Lakukan palpasi dengan sentuhan perlahan-lahan dengan tekanan ringan.
- 6) Palpasi daerah yang dicurigai, adanya nyeri tekan menandakan kelainan.
- 7) Lakukan palpasi secara hati-hati apabila diduga adanya fraktur tulang.
- 8) Hindari tekanan yang berlebihan pada pembuluh darah.
- 9) Rasakan dengan seksama kelainan organ/jaringan, adanya nodul, tumor bergerak/tidak dengan konsistensi padat/kenyal, bersifat kasar/lembut, ukurannya dan ada/tidaknya getaran/ trill, serta rasa nyeri raba / tekan .
- 10) Catatlah hasil pemeriksaan yang didapat.

**3. Perkusi**

Perkusi adalah suatu tindakan pemeriksaan dengan memukul/mengetuk untuk mendengarkan bunyi getaran/ gelombang suara yang dihantarkan kepermukaan tubuh dari bagian tubuh yang diperiksa. Pemeriksaan dilakukan dengan ketukan jari atau tangan pada permukaan tubuh. Perjalanan getaran/ gelombang suara tergantung oleh kepadatan media yang dilalui. Derajat bunyi disebut dengan resonansi. Karakter bunyi yang dihasilkan dapat menentukan lokasi, ukuran, bentuk, dan kepadatan struktur di bawah kulit. Sifat gelombang suara yaitu semakin banyak jaringan, semakin lemah hantarannya dan udara/ gas paling resonan.

Cara pemeriksaan :

- a. Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri tergantung bagian yang akan diperiksa.
- b. Pastikan pasien dalam keadaan rileks.
- c. Minta pasien untuk menarik napas dalam agar meningkatkan relaksasi otot.
- d. Kuku jari-jari pemeriksa harus pendek, tangan hangat dan kering.
- e. Lakukan perkusi secara seksama dan sistematis yaitu dengan:
  - 1) Metode langsung yaitu mengetukkan jari tangan langsung ke bagian tubuh yang akan diperiksa dengan menggunakan 1 atau 2 ujung jari.
  - 2) Metode tidak langsung dengan cara sebagai berikut : Jari tengah tangan kiri di letakkan dengan lembut di atas permukaan tubuh, ujung jari tengah dari tangan kanan, untuk mengetuk persendian, pukulan harus cepat dengan menggunakan kekuatan pergelangan tangan, dan lengan tidak bergerak dan pergelangan tangan rileks, berikan tenaga pukulan yang sama pada setiap area tubuh yang diperiksa.

- f. Bandingkan atau perhatikan bunyi yang dihasilkan oleh perkusi.
- 1) Bunyi timpani mempunyai intensitas keras, nada tinggi, waktu agak lama dan kualitas seperti drum (lambung).
  - 2) Bunyi resonan mempunyai intensitas menengah, nada rendah, waktu lama, kualitas bergema (paru normal).
  - 3) Bunyi hipersonar mempunyai intensitas amat keras, waktu lebih lama, kualitas ledakan (empisema paru).
  - 4) Bunyi pekak mempunyai intensitas lembut sampai menengah, nada tinggi, waktu agak lama kualitas seperti petir (hati).

#### **4. Auskultasi**

Auskultasi adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan suara yang dihasilkan oleh tubuh. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop. Hal-hal yang didengarkan adalah: bunyi jantung, suara nafas, dan bising usus.

Penilaian pemeriksaan auskultasi meliputi:

- a. Frekuensi yaitu menghitung jumlah getaran per menit.
- b. Durasi yaitu lama bunyi yang terdengar.
- c. Intensitas bunyi yaitu ukuran kuat/ lemahnya suara.
- d. Kualitas yaitu warna nada/ variasi suara.

##### *a. Bunyi jantung*

Waktu mendengar, pemeriksa harus memusatkan pikiran pada sifat, karakteristik dan intensitas bunyi jantung.

Penilaian dilakukan berurutan dan sendiri-sendiri mulai dari bunyi jantung I, bunyi jantung II, sistole dan diastole.

Yang digolongkan dalam bunyi jantung ialah: Bunyi-bunyi jantung I, II, III, IV, Opening snap, irama derap, dan klik.

Bunyi jantung I, II merupakan bunyi jantung normal. Bunyi jantung III juga normal bila terdengar sampai umur 20 tahunan. Bunyi jantung IV, opening snap, irama derap dan klik ditemukan sebagai keadaan yang patologik. Pada kasus-kasus patologik tertentu dapat pula terdengar kelainan bunyi jantung I, II, III. Bunyi jantung dapat didengar dengan menempatkan telinga langsung di atas dada penderita. Dengan stetoskop, auskultasi mudah, sopan dan bunyi terdengar lebih keras. Stetoskop untuk orang dewasa tidak dapat dipakai pada anak.

Dianjurkan memakai stetoskop dengan panjang selang sekitar 30 cm dan diameter bagian dalam selang kira-kira 1/8 inci. Ada 2 macam stetoskop yaitu berbentuk sungkup dan diafragma. Sungkup lebih baik menangkap bunyi dan bising jantung bernada rendah, diafragma untuk bunyi bernada tinggi. Dalam proses auskultasi yang lebih penting dari stetoskop ialah pemeriksa. Ia harus mengetahui fisiologi dan patofisiologi kardiovaskuler sehingga dapat menentukan di mana mendengar dan bagaimana menginterpretasi bunyi dan bising jantung.

Tempat-tempat di permukaan dada dengan intensitas, bunyi jantung paling kuat tidak selalu sesuai dengan lokasi anatomik katup-katup. Daerah katup mitral, lokalisasinya pada sela iga V kiri, katup pulmonal pada sela iga II kiri. Daerah katup aorta di sela iga II kanan dan katup trikuspid pada peralihan korpus sterni ke processus xiphoideus.

*b. Suara Nafas*

Suara tidak normal yang dapat diauskultasi pada nafas adalah :

- 1) Rales: suara yang dihasilkan dari eksudat lengket saat saluran-saluran halus pernafasan mengembang pada inspirasi (rales halus, sedang, kasar). Misalnya pada klien pneumonia, TBC.
- 2) Ronchi: nada rendah dan sangat kasar terdengar baik saat inspirasi maupun saat ekspirasi. Ciri khas ronchi adalah akan hilang bila klien batuk. Misalnya pada edema paru.
- 3) Wheezing: bunyi yang terdengar “ngiii....k”. bisa dijumpai pada fase inspirasi maupun ekspirasi. Misalnya pada bronchitis akut, asma.
- 4) Pleura Friction Rub; bunyi yang terdengar “kering” seperti suara gosokan amplas pada kayu. Misalnya pada klien dengan peradangan pleura.

Cara pemeriksaan :

- 1) Posisi pasien dapat tidur, duduk atau berdiri tergantung bagian yang diperiksa dan bagian tubuh yang diperiksa harus terbuka.
- 2) Pastikan pasien dalam keadaan rilek dengan posisi yang nyaman.
- 3) Pastikan stetoskop sudah terpasang baik dan tidak bocor antara bagian kepala, selang dan telinga.
- 4) Pasanglah ujung stetoskop bagian telinga ke lubang telinga pemeriksa sesuai arah (harus tepat untuk telinga kanan dan kiri), untuk menghasilkan hasil pemeriksaan yang baik.
- 5) Hangatkan dulu kepala stetoskop dengan cara menempelkan pada telapak tangan pemeriksa.
- 6) Tempelkan kepala stetoskop pada bagian tubuh pasien yang akan diperiksa.
- 7) Gunakanlah bel stetoskop untuk mendengarkan bunyi bernada rendah pada tekanan ringan yaitu pada bunyi jantung dan vaskuler dan gunakan diafragma untuk bunyi bernada tinggi seperti bunyi usus dan paru.

*c. Bising Usus*

Untuk mendengarkan bising usus, auskultasi dilakukan pada keempat kuadran abdomen. Dengarkan peristaltik ususnya selama satu menit penuh. Bising usus normalnya 5-30 kali/menit. Jika kurang dari itu atau tidak ada sama sekali kemungkinan ada peristaltik ileus, konstipasi, peritonitis, atau obstruksi. Jika peristaltik usus terdengar lebih dari normal kemungkinan klien sedang mengalami diare.

- Dalam melakukan pemeriksaan fisik, ada dua prinsip yang harus kita perhatikan, yaitu:
- 1) Kontrol infeksi, meliputi mencuci tangan, memasang sarung tangan steril, memasang masker, dan membantu klien mengenakan baju periksa jika ada. Karena pada era sekarang penyakit infeksi juga semakin banyak, maka kita harus bisa membatasi penyebarannya dengan melakukan kontrol infeksi ini.
  - 2) Kontrol lingkungan yaitu memastikan ruangan dalam keadaan nyaman, hangat, dan cukup penerangan untuk melakukan pemeriksaan fisik baik bagi klien maupun bagi pemeriksa itu sendiri. Misalnya: menutup pintu/jendela atau skerem untuk menjaga privacy klien, komunikasi (penjelasan prosedur), privacy dan kenyamanan klien, sistematis dan konsisten (head to toe, dari eksternal ke internal, dari normal ke abnormal), berada di sisi kanan klien (bila memungkinkan), efisiensi, dan dokumentasi.

Selanjutnya materi akan dibahas adalah prosedur pemeriksaan. Sebelum melakukan pemeriksaan, kita harus menyiapkan alat-alat yang kita perlukan dan ditata yang rapi di dekat kita di tempat yang memudahkan kita bekerja.

Setelah alat-alat didekatkan ke tempat periksa kita mulai melakukan prosedur dengan mencuci tangan, jelaskan prosedur pemeriksaan, pakai sarung tangan/handschoen bila diperlukan, baru kita mulai melakukan pemeriksaan dari kepala sampai dengan kaki

Harus diingat bahwa posisi klien pada waktu kita melakukan pemeriksaan bisa duduk/berbaring.

*d. Pemeriksaan diawali dengan memeriksa*

- 1) Kesadaran, tingkah laku, ekspresi wajah, mood. (Normal : Kesadaran penuh, Ekspresi sesuai, tidak ada menahan nyeri/ sulit bernafas), tanda-tanda stress/ kecemasan (Normal: relaks, tidak ada tanda-tanda cemas/takut), jenis kelamin, usia, tahapan perkembangan, TB, BB (Normal: BMI dalam batas normal), kebersihan Personal (Normal : Bersih dan tidak bau), cara berpakaian (Normal: Benar/ tidak terbalik), postur dan cara berjalan, bentuk dan ukuran tubuh, cara bicara. (Relaks, lancer, tidak gugup), evaluasi dengan membandingkan dengan keadaan normal.  
Perlu menjadi perhatian bahwa pemeriksaan dilakukan dengan memeriksa seluruh tubuh klien dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*), atau hanya bagian tubuh klien yang diperlukan saja, disini kami kemas dalam bentuk tabel dengan maksud mempermudah saudara memahaminya, diawali dengan ...

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
1	a. Pemeriksaan kulit Inspeksi	kebersihan, warna, pigmentasi, lesi/perluasan, pucat, sianosis, dan ikterik.	kulit tidak ada ikterik / pucat / sianosis
	Palpasi	kelembaban, suhu permukaan kulit, tekstur, ketebalan, turgor kulit, dan edema.	lembab, turgor baik/elastik, tidak ada edema

■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ■

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
	b. Pemeriksaan kuku Inspeksi	kebersihan, bentuk, dan warna kuku	bersih, bentuk normal tidak ada tanda-tanda jari tabuh ( <i>clubbing finger</i> ), tidak ikterik/sianosis
	Palpasi	ketebalan kuku dan capillary refill (pengisian kapiler).	aliran darah kuku akan kembali < 3 detik
2	Pemeriksaan kepala, wajah, mata, telinga, hidung, mulut dan leher		
	a. Pemeriksaan kepala Inspeksi	ukuran lingkaran kepala, bentuk, kesimetrisan, adanya lesi atau tidak, kebersihan rambut dan kulit kepala, warna, rambut, jumlah dan distribusi rambut	simetris, bersih, tidak ada lesi, tidak menunjukkan tanda-tanda kekurangan gizi (rambut jagung dan kering)
	Palpasi	adanya pembengkakan/penonjolan, dan tekstur rambut	tidak ada penonjolan /pembengkakan, rambut lebat dan kuat/tidak rapuh/tidak mudah rontok
	b. Pemeriksaan wajah Inspeksi	warna kulit, pigmentasi, bentuk, dan kesimetrisan	warna sama dengan bagian tubuh lain, tidak pucat/ikterik, simetris
	Palpasi	nyeri tekan dahi, dan edema, pipi, dan rahang	tidak ada nyeri tekan dan edema
	c. Pemeriksaan Mata	bentuk, kesimetrisan, alis mata, bulu mata, kelopak mata, kesimetrisan, bola mata, warna konjungtiva dan sclera (anemis/ikterik), penggunaan kacamata / lensa kontak, dan respons terhadap cahaya	simetris mata kiri dan kanan, simetris bola mata kiri dan kanan, warna konjungtiva pink, dan sclera berwarna putih
	Tes Ketajaman Penglihatan	Ketajaman penglihatan seseorang mungkin berbeda dengan orang lain. Tajam penglihatan tersebut merupakan derajat persepsi detail dan kontour beda	
	d. Pemeriksaan Telinga Inspeksi	bentuk dan ukuran telinga, kesimetrisan, integritas, posisi telinga, warna, liang telinga (cerumen/tanda-tanda infeksi), alat bantu dengar	bentuk dan posisi simetris jika, integritas kulit bagus, warna sama dengan kulit lain, tidak ada tanda-tanda infeksi, dan alat bantu dengar
	Palpasi	nyeri tekan aurikuler, mastoid, dan tragus	tidak ada nyeri tekan
	e. Pemeriksaan Telinga Dengan Menggunakan Garpu Tala	b. Pemeriksaan Rinne 1) Pegang garpu tala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari tangan yang berlawanan. 2) Letakkan tangkai garpu	

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
		<p>tala pada <i>prosesus mastoideus</i> klien.</p> <p>3) Anjurkan klien untuk memberi tahu pemeriksa jika ia tidak merasakan getaran lagi.</p> <p>4) Angkat garpu tala dan dengan cepat tempatkan di depan lubang telinga klien 1-2 cm dengan posisi garpu tala paralel terhadap lubang telinga luar klien.</p> <p>5) Instruksikan klien untuk member tahu apakah ia masih mendengarkan suara atau tidak.</p> <p>6) Catat hasil pemeriksaan pendengaran tersebut.</p> <p>7) Pemeriksaan Webber</p> <p>8) Pegang garpu tala pada tangkainya dan pukulkan ke telapak atau buku jari yang berlawanan.</p> <p>9) Letakkan tangkai garpu tala di tengah puncak kepala klien .</p> <p>10) Tanyakan pada klien apakah bunyi terdengar sama jelas pada kedua telinga atau lebih jelas pada salah satu telinga.</p> <p>11) Catat hasil pemeriksaan dengan pendengaran tersebut</p>	
	<p>i. Pemeriksaan hidung dan sinus Inspeksi</p>	<p>hidung eksternal (bentuk, ukuran, warna, kesimetrisan), rongga, hidung ( lesi, sekret, sumbatan, pendarahan), hidung internal (kemerahan, lesi, tanda2 infeksi)</p>	<p>simetris kirii kanan, warna sama dengan warna kulit lain, tidak ada lesi, tidak ada sumbatan, perdarahan dan tanda-tanda infeksi</p>
	<p>Palpasi dan perkusi</p>	<p>frontalis dan, maksilaris (bengkak, nyeri, dan septum deviasi)</p>	<p>tidak ada bengkak dan nyeri tekan</p>
	<p>j. Pemeriksaan mulut dan bibir</p>		
	<p>Inspeksi dan palpasi struktur luar</p>	<p>warna mukosa mulut dan bibir, tekstur, lesi, dan stomatitis.</p>	<p>warna mukosa mulut dan bibir pink, lembab, tidak ada lesi dan stomatitis</p>

■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ■

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
	Inspeksi dan palpasi strukur dalam	gigi lengkap/penggunaan gigi palsu, perdarahan/ radang gusi, kesimetrisan, warna, posisi lidah, dan keadaan langit-langit	gigi lengkap, tidak ada tanda-tanda gigi berlobang atau kerusakan gigi, tidak ada perdarahan atau radang gusi, lidah simetris, warna pink, langit-langit utuh dan tidak ada tanda infeksi
	k. Pemeriksaan leher Inspeksi leher	warna integritas, bentuk simetris	warna sama dengan kulit lain, integritas kulit baik, bentuk simetris, tidak ada pembesaran kelenjer gondok
	Inspeksi dan auskultasi arteri karotis	lokasi pulsasi	pulsasi arteri karotis terdengar
	Inspeksi dan palpasi kelenjer tiroid	Nodus/difus, pembesaran, batas, konsistensi, nyeri, gerakan/perlengketan pada kulit, kelenjar limfe (letak, konsistensi, nyeri, pembesaran), kelenjar parotis (letak, terlihat, teraba)	tidak teraba pembesaran kel.gondok, tidak ada nyeri, tidak ada pembesaran kel.limfe, tidak ada nyeri
	Auskultasi	Bising pembuluh darah	Terdengar bising pembuluh darah
3	Pemeriksaan dada dan punggung Pemeriksaan sistem pernafasan		
	Inspeksi	kesimetrisan, bentuk/postur dada, gerakan nafas (frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya pernafasan/penggunaan otot-otot bantu pernafasan), warna kulit, lesi, edema, pembengkakan/penonjolan	simetris, bentuk dan postur normal, tidak ada tanda-tanda distress pernafasan, warna kulit sama dengan warna kulit lain, tidak ikterik/sianosis, tidak ada pembengkakan/penonjolan/edema
	Palpasi	Simetris, pergerakan dada, massa dan lesi, nyeri, tractile fremitus. (Perawat berdiri di belakang pasien, instruksikan pasien untuk mengucapkan angka “tujuh-tujuh” atau “enam-enam” sambil melakukan perabaan dengan kedua telapak tangan pada punggung pasien.)	integritas kulit baik, tidak ada nyeri tekan/massa/tanda-tanda peradangan, ekspansi simetris, taktil vremitus cenderung sebelah kanan lebih teraba jelas
	Perkusi	paru, eksrusi diafragma (konsistensi dan bandingkan satu sisi dengan satu sisi lain pada tinggi yang sama dengan pola berjenjang sisi ke sisi)	resonan (“dug dug dug”), jika bagian padat lebih daripada bagian udara=pekak (“bleg bleg bleg”), jika bagian udara lebih besar dari bagian padat=hiperesonan (“deng deng deng”), batas jantung=bunyi rensonan----hilang>>redup).
	Auskultasi	suara nafas, trachea, bronchus, paru. (dengarkan dengan	bunyi napas vesikuler, bronchovesikuler, brochial, tracheal)

■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ■

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
		menggunakan stetoskop di lapang paru kiri kanan, di RIC 1 dan 2, di atas manubrium dan di atas trachea)	
	Pemeriksaan sistem kardiovaskuler		
	Inspeksi	Muka bibir, konjungtiva, vena jugularis, arteri karotis	Muka bibir, konjungtiva, vena jugularis, arteri karotis
	Palpasi	Denyutan	untuk inspeksi dan palpasi: denyutan aorta teraba
	Perkusi	ukuran, bentuk, dan batas jantung (lakukan dari arah samping ke tengah dada, dan dari atas ke bawah sampai bunyi redup)	batas jantung: tidak lebih dari 4,7,10 cm ke arah kiri dari garis mid sterna, pada RIC 4,5,dan 8
	Auskultasi	bunyi jantung, arteri karotis. (gunakan bagian diafragma dan bell dari stetoskop untuk mendengarkan bunyi jantung	terdengar bunyi jantung I/S1 (lub) dan bunyi jantung II/S2 (dub), tidak ada bunyi jantung tambahan (S3 atau S4)
	Dada dan aksila		
	Inspeksi payudara	Integritas kulit, besar payudara kiri kanan simetris/tidak.	Integritas kulit, besar payudara kiri kanan simetris/tidak.
	Palpasi	Bentuk, simetris, ukuran, aerola, puting, dan penyebaran vena	Bentuk simetris, puting menonjol, tidak ada penonjolan abnormal
	Inspeksi dan palpasi aksila	nyeri, perbesaran nodus limfe, konsistensi	Tidak nyeri, tidak ada pembesaran nodus, konsistensi lunak
4.	Pemeriksaan Abdomen (Perut)		
	Inspeksi	kuadran dan simetris, contour, warna kulit, lesi, scar, ostomy, distensi, tonjolan, pelebaran vena, kelainan umbilicus, dan gerakan dinding perut.	simetris jika, warna dengan warna kulit lain, tidak ikterik tidak terdapat ostomy, distensi, tonjolan, pelebaran vena, kelainan umbilicus
	Auskultasi	suara peristaltik (bising usus) di semua kuadran (bagian diafragma dari stetoskop) dan suara pembuluh darah dan friction rub :aorta, a.renalis, a. illiaka (bagian bell).	suara peristaltic terdengar setiap 5-20x/dtk, terdengar denyutan arteri renalis, arteri iliaka dan aorta
	Perkusi semua kuadran	mulai dari kuadran kanan atas bergerak searah jarum jam, perhatikan jika klien merasa nyeri dan bagaimana kualitas bunyinya, dengarkan batas hepar, ukuran dan batas limfa, nyeri pada ginjal	timpani, bila hepar dan limfa membesar=redup dan apabila banyak cairan = hipertimpani
	Palpasi semua kuadran	(hepar, limfa, ginjal kiri dan kanan): massa, karakteristik organ, adanya asistes, nyeri irregular, lokasi, dan nyeri.dengan	tidak teraba penonjolan tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa dan penumpukan cairan

■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ■

No	Bagian tubuh yang diperiksa	Hal yang diperiksa	Nilai Normal
		cara perawat menghangatkan tangan terlebih dahulu	
5.	Pemeriksaan ekstremitas atas (bahu, siku, tangan)		
	Inspeksi struktur muskuloskeletal	simetris dan pergerakan, Integritas ROM, kekuatan dan tonus otot	simetris kiri kanan, integritas kulit baik, ROM aktif, kekuatan otot penuh)
	Palpasi	denyutan arteri. brachialis dan arteri. Radialis	teraba jelas
	Tes reflex	tendon trisep, bisep, dan brachioradialis	reflek bisep dan trisep positif
6.	Pemeriksaan ekstremitas bawah (panggul, lutut, pergelangan kaki dan telapak kaki)		
	Inspeksi struktur muskuloskeletal	simetris dan pergerakan, integritas kulit, posisi dan letak, ROM, kekuatan dan tonus otot	simetris kiri kanan, integritas kulit baik, ROM aktif, kekuatan otot penuh
	Palpasi	arteri femoralis, arteri poplitea, a. dorsalis pedis: denyutan	teraba jelas
	Tes refleks	tendon patella dan archilles	reflex patella dan archilles positif)
7.	Pemeriksaan genitalia (alat genital, anus, rectum)		
	Inspeksi genitalia eksternal:	mukosa kulit, integritas kulit, contour simetris, edema, pengeluaran	bersih, mukosa lembab, integritas kulit baik, semetris tidak ada edema dan tanda-tanda infeksi (pengeluaran pus /bau)
	<b>Wanita:</b>		
	Inspeksi vagina dan servik	integritas kulit, massa, pengeluaran	Kulit warna merah muda, halus, tidak pengeluaran
	Palpasi vagina, uterus dan ovarium:	Letak, ukuran, konsistensi dan, massa	Antefleksi/retrofleksi, tidak membesar (bila tidak hamil), lunak, tidak ada massa
	Pemeriksaan anus dan rectum	feses, nyeri, massa edema, haemoroid, fistula ani pengeluaran dan perdarahan	tidak ada nyeri, tidak terdapat edema/ hemoroid/ polip/ tanda-tanda infeksi dan pendarahan
	<b>Pria:</b>		
	Inspeksi dan palpasi penis	Integritas kulit, massa dan pengeluaran	integritas kulit baik, tidak ada masa atau pembengkakan, tidak ada pengeluaran pus atau darah
Inspeksi dan palpasi skrotum	integritas kulit, ukuran dan bentuk, turunan testes dan mobilitas, massa, nyeri dan tonjolan	integritas kulit baik, tidak ada masa atau pembengkakan, tidak ada pengeluaran pus atau darah	
Pemeriksaan anus dan rectum	feses, nyeri, massa, edema, hemoroid, fistula ani, pengeluaran dan perdarahan	tidak ada nyeri , tidak terdapat edema/ hemoroid/ polip/ tanda-tanda infeksi dan pendarahan	

Setelah dilakukan pemeriksaan, evaluasi hasil yang di dapat dengan membandingkan dengan keadaan normal, dan dokumentasikan hasil pemeriksaan. Hasil pemeriksaan yang didapat tersebut digunakan sebagai data dasar guna menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Pokok-pokok pemeriksaan fisik yang minimal harus dilakukan sebelum kita menentukan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Seperti yang kami tuliskan di atas bahwa pemeriksaan fisik ini dilakukan sesuai dengan kebutuhan kita sebagai seorang perawat. Maksud kami begini...tidak setiap klien yang kita asuh dilakukan pemeriksaan fisik secara keseluruhan, namun bisa juga sebagian dari bagian tubuh klien yang kita periksa. Misalnya kalau klien seorang ibu hamil..fokus pemeriksaan kita selain perubahan tanda-tanda vital adalah pada perubahan-perubahan yang terjadi pada kehamilan, namun tetap memperhatikan bahwa manusia itu utuh. Selain pemeriksaan fisik mungkin juga diperlukan pemeriksaan penunjang lain seperti pemeriksaan laboratorium, dan lain-lain.

Perawat dapat memilih untuk mencatat hasil dari pengkajian fisik pada pemeriksaan atau pada akhir pemeriksaan. Sebagian besar institusi memiliki format khusus yang mempermudah pencatatan data pemeriksaan. Perawat meninjau semua hasil sebelum membantu klien berpakaian, untuk berjaga-jaga seandainya perlu memeriksa kembali informasi atau mendapatkan data tambahan. Temuan dari pengkajian fisik dimasukkan ke dalam rencana asuhan.

Data di dokumentasikan berdasarkan format SOAPIE, yang hampir sama dengan langkah-langkah proses keperawatan.

Format SOAPIE, terdiri dari: Data (riwayat) Subjektif, yaitu apa yang dilaporkan klien, data (fisik) Objektif, yaitu apa yang di observasi, inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi oleh perawat, Assessment (pengkajian) , yaitu diagnose keperawatan dan pernyataan tentang kemajuan atau kemunduran klien, Plan (Perencanaan), yaitu rencana perawatan klien, Implementation (pelaksanaan), yaitu intervensi keperawatan dilakukan berdasarkan rencana, Evaluation (evaluasi), yaitu tinjauan hasil rencana yang sudah di implementasikan.

## **Latihan**

Teman-teman untuk lebih memahami pemeriksaan fisik anda harus sering berlatih dengan banyak kasus penyakit dan dari setiap golongan umur (bayi baru lahir, bayi, anak, remaja, dewasa sampai dengan lansia), lakukan pemeriksaan sesuai dengan kebutuhan asuhan anda. Agar lebih jelas sebaiknya setiap berlatih anda berkelompok dan sering berkonsultasi dengan pembimbing/tutor yang ada di dekat anda.

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1) Siapkan alat-alat yang diperlukan untuk melakukan pemeriksaan fisik.
- 2) Baca terlebih dahulu langkah-langkah melakukan pemeriksaan fisik.

- 3) Pilih klien sesuai dengan kebutuhan latihan anda, lakukan pemeriksaan sesuai kebutuhan asuhan keperawatan.

## Ringkasan

Pemeriksaan fisik merupakan peninjauan dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*) pada setiap sistem tubuh yang memberikan informasi objektif tentang klien dan memungkinkan kita sebagai seorang perawat untuk membuat penilaian klinis. Pemeriksaan fisik dilakukan pada klien secara keseluruhan atau hanya bagian tertentu yang dianggap perlu, untuk memperoleh data yang sistematis dan komprehensif, memastikan/membuktikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi klien. (Dewi Sartika, 2010).

Inspeksi (periksa pandang), palpasi (periksa raba), perkusi (periksa ketuk) dan auskultasi (periksa dengar) teknik dasar perawat melakukan pemeriksaan fisik pada klien dengan tetap memperhatikan 2 prinsip yaitu perhatikan lingkungan yang kita pakai untuk melakukan pemeriksaan dan kontrol infeksi.

Setelah pemeriksaan dilakukan maka perawat menuliskan hasil pemeriksaan pada catatan klien sebagai dokumentasi dalam bentuk sederhana S O A P I E (*subjektif, objektif, assessment, planning, impementasi* dan evaluasi).

## Tes 1

- 1) Lingkungan yang harus diperhatikan oleh perawat dalam melakukan pemeriksaan fisik adalah harus ....
  - A. rapi, indah, penuh aksesoris
  - B. terang, nyaman, tertutup
  - C. mahal, hangat, bersahabat
  - D. bagus, mahal dan nyaman
- 2) Hasil pemeriksaan auskultasi pernafasan *wheezing*, adalah ....
  - A. suara yang dihasilkan dari eksudat lengket saat saluran-saluran halus pernafasan mengembang pada inspirasi (rales halus, sedang, kasar).
  - B. nada rendah dan sangat kasar terdengar baik saat inspirasi maupun saat ekspirasi.
  - C. bunyi yang terdengar “ngiii...k”. bisa dijumpai pada fase inspirasi maupun ekspirasi.
  - D. bunyi yang terdengar “kering” seperti suara gosokan amplas pada kayu.
- 3) Sebelum melakukan pemeriksaan fisik, perawat harus mencuci tangan dengan benar, dengan maksud ....

- A. agar tangan pemeriksa tetap bersih
  - B. menghormati hak klien
  - C. mencegah penularan penyakit
  - D. mentaati langkah pemeriksaan.
- 4) Klienpun harus selalu diberi tahu pemeriksaan apa yang akan kita lakukan kepadanya, tujuannya ....
- A. agar klien tidak takut
  - B. menghormati hak klien
  - C. klien dapat bekerja sama
  - D. menjaga privacy klien
- 5) Pada waktu dilakukan pemeriksaan, kita selalu memperhatikan lingkungan, maksudnya ....
- A. agar klien tidak takut
  - B. menghormati hak klien
  - C. klien dapat bekerja sama
  - D. menjaga privacy klien
- 6) Perawat Suzana melakukan pengkajian fisik dengan pendekatan yang dimulai dari kepala sampai ekstremitas bawah dengan cara berurutan, prinsip pemeriksaan yang dilakukan perawat Suzana adalah ....
- A. review of sistem
  - B. pola fungsi kesehatan Gordon
  - C. head to toe
  - D. komprehensif.
- 7) Hasil normal yang ditemukan pada pemeriksaan payudara pada perempuan nifas adalah ....
- A. membesar, hiperpigmentasi, keluar ASI
  - B. membesar, ada benjolan, keluar darah
  - C. membesar, keras, kemerahan
  - D. membesar, keras, terasa sakit
- 8) Pemeriksaan uji kepekaan telinga klien dengan garpu tala untuk mengetahui keseimbangan konduksi suara ....
- A. uji Webber
  - B. uji Rinne
  - C. uji Ritme
  - D. uji Scwabache

✍ ■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ✍ ■

- 9) Untuk melakukan peradangan apendik, bisa dilakukan dengan palpasi abdomen tepatnya pada daerah titik ....
- A. tricuspidalis
  - B. Mc. Burney
  - C. Bicuspidalis
  - D. Garis Schuffmere
- 10) Hasil pemeriksaan daerah dada dengan cara perkusi pada interkosta klien didapatkan hasil suara dinding thorax yang normal ....
- A. Hipersonor
  - B. Sonor
  - C. Tympani
  - D. Dullness

## **Topik 2**

### **Proses Keperawatan**

Proses keperawatan merupakan suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar manusia (KDM), dengan menggunakan metode proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etik dan etika keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan.

Menurut Nursalam (2001) proses keperawatan adalah sebagai salah satu pendekatan utama dalam pemberian asuhan keperawatan, pada dasarnya suatu proses pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah.

Pada topik ini, kita akan membahas pengertian, perkembangan proses keperawatan, pentingnya proses keperawatan, tujuan proses keperawatan, tahapan dalam proses keperawatan.

Salah satu konsep yang juga harus anda pahami dalam memberikan asuhan keperawatan adalah konsep proses keperawatan. Oleh karena itu marilah kita pelajari bersama tentang konsep itu, sebagai penyegaran kembali materi yang telah teman-teman pelajari beberapa waktu yang lalu.

#### **A. PERKEMBANGAN PROSES KEPERAWATAN**

Dalam perjalanannya proses keperawatan mengalami perkembangan. Berikut pendapat beberapa ahli mengenai perkembangan proses keperawatan (Potter Perry, 1998), dalam Alimul, 2006:

1. Florence Nightingale, menjelaskan bahwa keperawatan merupakan profesi yang dalam melaksanakan beberapa tindakan kepada pasien harus dipisahkan dari medis. Dalam menentukan atau melaksanakan fungsinya, perawat harus mengatur dan menyesuaikan lingkungan yang tidak adekuat dengan dengan memanipulasi lingkungan pasien untuk memfasilitasi proses penyembuhan. Lingkungan pasien yang baik/kondusif akan membantu mempercepat penyembuhan klien, sehingga memperpendek masa rawat dan otomatis memperkecil biaya yang dikeluarkan.
2. Hall, berpendapat bahwa proses keperawatan merupakan istilah yang digunakan dalam menentukan beberapa permasalahan pasien, keluarga dan perawat agar dapat diselesaikan, di mana terjadi interaksi antara perawat dan pengobatan dalam memberikan asuhan keperawatan dan memberikan kenyamanan bagi pasien yang dirawat selama menderita sakit. Asuhan keperawatan merupakan hal yang pertama yang menentukan kesembuhan klien, sebelum pengobatan. Maksudnya adalah klien sudah merasa sembuh dengan mendapat asuhan keperawatan yang baik, sebelum mendapatkan pengobatan.

3. Johnson, menjelaskan bahwa proses keperawatan merupakan cara mengkaji, mencapai keputusan, melaksanakan kegiatan yang telah direncanakan dalam memecahkan masalah dan mengevaluasi.
4. Wiedenbach (1962), menjelaskan bahwa proses keperawatan merupakan sarana untuk memecahkan masalah kesehatan pasien dan keluarga (pasien), yang dilakukan melalui tiga tahap yaitu: tahap observasi, bantuan pertolongan dan validasi. Setiap tahap ini harus dilakukan dengan cermat, agar asuhan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan klien, dan masalah yang dihadapi segera bisa teratasi.
5. Yura H. Dan Walsh (1983), menjelaskan bahwa proses keperawatan dilaksanakan melalui empat tahap, yaitu tahap pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
6. Knowles (1967), menjelaskan bahwa proses keperawatan dapat dilakukan dengan menggunakan prinsip 5D, yaitu: discover (menemukan), delve (mengkaji), decide (memutuskan), do (mengerjakan), dan discriminate (melakukan pemisahan). Pada tahun yang sama Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE) mengemukakan bahwa proses keperawatan dibagi menjadi beberapa tahap, yaitu tahap persepsi, komunikasi, intervensi dan evaluasi.
7. Orem, mengatakan bahwa keperawatan merupakan kegiatan yang dilakukan melalui beberapa pertimbangan dengan menggunakan tiga tahapan dalam asuhan keperawatan, yakni penentuan diagnosis, perencanaan sistem dan pengelolaan sistem perawatan.
8. Roy, mengatakan bahwa dalam melakukan proses keperawatan sebaiknya menggunakan enam tahapan, yaitu: mengkaji tingkah laku pasien, mengkaji faktor yang mempengaruhinya, mengidentifikasi masalah, merumuskan tujuan, merumuskan intervensi keperawatan, melakukan seleksi dan mengevaluasi. Kemudian dalam melakukan proses keperawatan ia mengajurkan dilakukannya penentuan diagnosis keperawatan.
9. *National Council of State Boards of Nursing* (1982), mengemukakan bahwa proses keperawatan dapat dibagi lima tahap, yaitu tahap pengkajian, tahap analisis (diagnosis), perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Dalam perjalanannya, asuhan keperawatan dilaksanakan dengan lima langkah yang sejalan dengan *National Council of State Boards of Nursing*.

## **B. PENTINGNYA PROSES KEPERAWATAN**

Proses keperawatan merupakan sarana bagi perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien yang diasuhnya, dan memiliki arti penting bagi kedua belah pihak (perawat-klien). Seorang perawat dapat menggunakan proses keperawatan sebagai pedoman dalam membantu menyelesaikan permasalahan yang dihadapi klien, menunjukkan profesi yang mempunyai profesionalitas tinggi, serta dapat memberikan kebebasan pada klien untuk mendapatkan pelayanan yang cukup sesuai dengan kebutuhan sehingga berbagai manfaat yang dapat dilaksanakan antara lain:

1. Dapat meningkatkan kemandirian perawat dalam melaksanakan tugasnya karena di dalam proses keperawatan terdapat metode ilmiah keperawatan berupa langkah-langkah proses keperawatan.
2. Proses keperawatan yang diberikan kepada pasien dapat meningkatkan kepercayaan diri perawat dalam melaksanakan tugas, karena pasien akan merasakan kepuasan setelah dikakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan.
3. Perawat dapat selalu meningkatkan kemampuan intelektual dan teknikalnya dalam tindakan keperawatan, karena melalui proses keperawatan perawat dituntut untuk mampu menyelesaikan masalah baru yang sesuai dengan masalah yang dialami pasien. Kepuasan kerja juga muncul dengan mengetahui bahwa tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai melalui proses keperawatan sehingga perawat dapat menunjukkan keprofesionalismenya. Dengan proses keperawatan rasa tanggung jawab dan tanggung gugat dapat dimiliki oleh perawat agar dapat digunakan untuk mencegah tindakan-tindakan yang merugikan dan tidak legal.

Pasien juga ikut merasakan kepuasan atas asuhan keperawatan yang diberikan, sehingga rasa kebebasan dalam penyampaian kebutuhan diri sampai dengan proses penyembuhan semakin cepat dan perasaan adanya perhatian yang besar akan kebutuhan akan pelayanan keperawatan yang berkualitas dan efisien. Proses keperawatan memiliki beberapa karakteristik dan ciri khas dalam membantu menyelesaikan masalah klien, antara lain:

1. Proses keperawatan merupakan metode pemecahan masalah yang bersifat terbuka, fleksibel dalam memenuhi kebutuhan pasien, serta selalu berkembang terhadap masalah yang ada dan mengikuti perkembangan jaman.
2. Pendekatan proses keperawatan dapat dilakukan secara individual terhadap pemenuhan kebutuhan pasien.
3. Proses keperawatan dapat memudahkan perencanaan beberapa masalah keperawatan.
4. Proses keperawatan untuk mengarahkan tujuan pelayanan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia, seperti kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual.
5. Proses keperawatan sendiri merupakan suatu siklus yang saling berhubungan antara tahap satu dengan tahap yang lain dan tidak berdiri sendiri.
6. Melalui proses keperawatan, masalah dapat lebih cepat diatasi karena dalam proses keperawatan terdapat penekanan validasi data serta pembuktian masalah dan berfokus pada umpan balik atau pengkajian ulang dalam mengetahui kebutuhan dasar secara komprehensif.

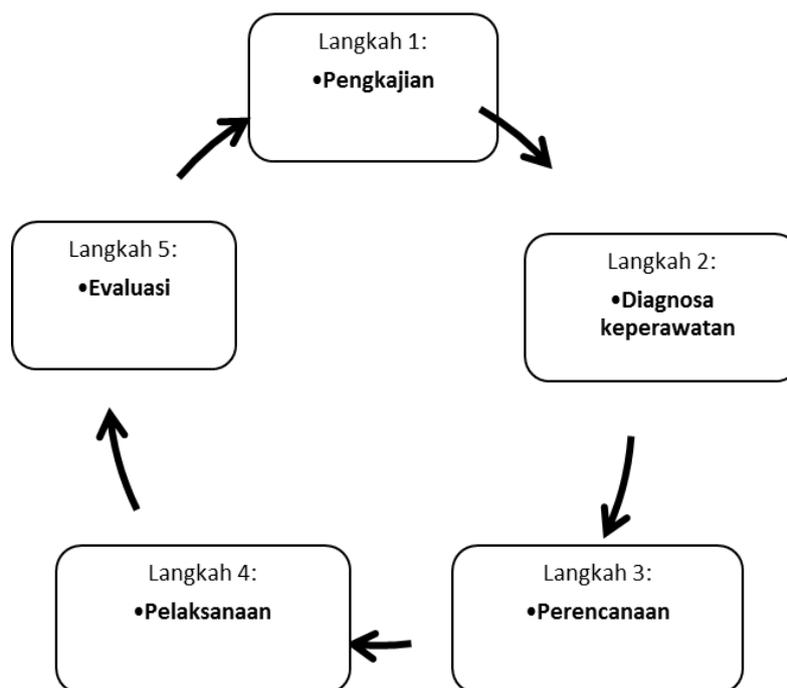
### **C. TUJUAN PROSES KEPERAWATAN**

Adapun tujuan umum pelaksanaan proses keperawatan adalah untuk menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas sehingga berbagai masalah kebutuhan pasien teratasi. Tujuan khusus proses keperawatan adalah:

1. Mengidentifikasi berbagai kebutuhan dasar manusia yang bersifat tidak mampu dilakukan, atau tidak diketahui bagaimana cara melakukannya.
2. Menentukan diagnosis keperawatan setelah dilakukan identifikasi.
3. Menentukan rencana tindakan keperawatan setelah diagnosis ditegakkan.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan setelah direncanakan.
5. Mengetahui perkembangan pasien dari berbagai tindakan yang telah dilakukan untuk menentukan tingkat keberhasilan.

#### **D. TAHAPAN DALAM PROSES KEPERAWATAN**

Ada lima langkah utama yang harus anda ikuti secara berurutan yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan/*planning*, pelaksanaan/*implementation* dan evaluasi/*evaluation*, dengan tujuan untuk mengidentifikasi masalah klien, apakah keadaan klien sehat atau sakit. Kelima langkah ini harus dilaksanakan secara berurutan dengan menggunakan pendekatan siklus, setelah langkah kelima kita akan kembali ke langkah pertama demikian seterusnya sampai masalah klien yang kita asuh bisa teratasi. Bila digambarkan dalam bentuk bagan akan nampak seperti berikut:



*Gambar 3.1: Langkah-langkah Proses Keperawatan*

Nah...teman-teman, pada mata kuliah KDM 1 ini konsep proses keperawatan cukup anda pahami sampai di sini saja, untuk lebih detail nanti akan anda pelajari pada mata kuliah lain. Setelah memahami konsep proses keperawatan, kita akan lanjut dengan materi pemeriksaan fisik merupakan salah satu kegiatan yang dilakukan pada langkah pertama proses keperawatan yaitu pengkajian.

Di samping mempelajari bab ini, teman-teman juga harus tetap membaca buku lain seperti buku Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia tulisan Bp. Alimul Aziz, dan buku-buku yang lain. Semoga sukses ya teman-teman.....

## Latihan

Teman-teman.....untuk lebih meningkatkan pemahaman tentang proses keperawatan, anda harus melatih diri dengan melakukan latihan membuat asuhan keperawatan klien yang anda asuh setiap hari.

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1) Siapkan format pengkajian yang sudah anda dapatkan dari mata kuliah lain (dokumentasi keperawatan).
- 2) Pilih 3 klien yang anda asuh.
- 3) Lakukan pengkajian data dengan baik
- 4) Buat laporan asuhan keperawatan yang anda asuh dalam bentuk makalah.
- 5) Minta pengesahan Kepala Ruangan atau Pembimbing Klinik terdekat.
- 6) Serahkan ke pembimbing/dosen bila Anda datang ke kampus.

## Ringkasan

Proses keperawatan merupakan salah satu pendekatan utama dalam pemberian asuhan keperawatan, pada dasarnya suatu proses pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah. Ada lima langkah utama yang harus dilakukan secara berurutan dengan menggunakan pendekatan siklus yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi, setelah langkah kelima (evaluasi) kita akan kembali ke langkah pertama (pengkajian) dengan tujuan untuk mengidentifikasi masalah klien, apakah keadaan klien sehat atau sakit.

Asuhan keperawatan dapat tercapai melalui proses keperawatan sehingga perawat dapat menunjukkan keprofesionalismenya. Dengan proses keperawatan rasa tanggung jawab dan tanggung gugat dapat dimiliki oleh perawat agar dapat digunakan untuk mencegah tindakan-tindakan yang merugikan dan tidak legal.

## Tes 2

- 1) Langkah-langkah proses keperawatan ....
  - A. subjektif, objektif, *assessment, planning, implementation, evaluation*
  - B. *assessment, planning, implementation, evaluation*, subjektif, objektif
  - C. pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi
  - D. perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pengkajian, diagnosa keperawatan

## ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ■

- 2) Dalam melaksanakan proses keperawatan, setiap langkah dilakukan secara siklus, maksudnya dilakukan ....
  - A. dengan memperhatikan respons klien dengan seksama
  - B. pada seluruh tubuh klien secara teliti dan cermat
  - C. secara menyeluruh dan harus tetap utuh
  - D. secara berurutan secara berulang-ulang.
  
- 3) Proses keperawatan menurut *National Council of State Boards of Nursing* ....
  - A. perawat harus mengatur dan menyesuaikan lingkungan pasien
  - B. dilaksanakan melalui empat tahap: pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi
  - C. pelaksanaannya menggunakan prinsip 5D (*discover, delve, decide, do, discriminate*)
  - D. dibagi menjadi lima tahap: pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi
  
- 4) Proses keperawatan menurut *Florence Nightingale* ....
  - A. perawat harus mengatur dan menyesuaikan lingkungan pasien
  - B. dilaksanakan melalui empat tahap: pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi
  - C. pelaksanaannya menggunakan prinsip 5D (*discover, delve, decide, do, discriminate*)
  - D. dibagi menjadi lima tahap: pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi
  
- 5) Pentingnya proses keperawatan ....
  - A. sebagai pedoman dalam melaksanakan asuhan keperawatan
  - B. mempermudah pekerjaan perawat dan membantu klien dengan baik
  - C. memperpendek masa rawat klien, sehingga perawat dapat belajar dengan baik
  - D. sebagai acuan dalam setiap langkah proses pelayanan kepada setiap petugas kesehatan
  
- 6) Pada tahap pengkajian, hal yang dilakukan ....
  - A. pengumpulan data yang baik
  - B. menentukan keputusan klinis
  - C. melaksanakan strategi keperawatan
  - D. menilai sejauh mana tujuan tercapai
  
- 7) Pada tahap diagnosis, hal yang dilakukan ....
  - A. pengumpulan data yang baik
  - B. menentukan keputusan klinis

- C. melaksanakan strategi keperawatan
  - D. menilai sejauh mana tujuan tercapai
- 8) Pada tahap implementasi hal yang dilakukan ....
- A. pengumpulan data yang baik
  - B. menentukan keputusan klinis
  - C. melaksanakan strategi keperawatan
  - D. menilai sejauh mana tujuan tercapai
- 9) Pada tahap evaluasi, hal yang dilakukan ....
- A. pengumpulan data yang baik
  - B. menentukan keputusan klinis
  - C. melaksanakan strategi keperawatan
  - D. menilai sejauh mana tujuan tercapai
- 10) Tujuan proses keperawatan dilaksanakan secara umum adalah ....
- A. mengidentifikasi semua kebutuhan dasar pasien
  - B. menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas
  - C. menciptakan perawat yang kreatif, maju dan berinovasi
  - D. mencegah pemborosan biaya perawatan yang dikeluarkan

## Kunci Jawaban Tes

### *Tes 1*

- 1) B
- 2) C
- 3) D
- 4) B
- 5) D
- 6) C
- 7) A
- 8) A
- 9) B
- 10) C

### *Tes 2*

- 1) C
- 2) C
- 3) D
- 4) A
- 5) A
- 6) A
- 7) B
- 8) C
- 9) D
- 10) B

## Daftar Pustaka

- Alman. 2000, *Fundamental & Advanced Nursing Skill*, Canada, Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008, Teknik prosedural keperawatan, konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien, Salemba Medika, Jakarta
- A. Azis Alimun .2006, Kebutuhan dasar manusia I , Salemba Medika, Jakarta
- A. Azis Alimun H, 2006, Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan, Buku 1, Buku 2, Salemba Medika, Jakarta
- A. Azis Alimun H, Musrifatul U., 2005, Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Elkin, et al .2000., *Nursing Intervention and Clinical Skills*, Aecond edt.
- Kozier, B. 1995, *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*, California, Addison Wesley
- Perry,at al. 2005, *Keterampilan dan prosedur dasar,Kedokteran*, EGC, Jakarta
- Potter,P.1998, *Fundamental of Nursing*, Philadelphia, Lippincott
- Potter & Perry, 2006, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep,Proses dan Praktik*, edisi 4, Penerbit Buku Kedokteran, EGC, Jakarta.
- Priharjo, Robert. 2006. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta : EGC
- S. Suarli dan Yanyan Bahtiar. 2010. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta : Erlangga Medical Series.
- Tarwoto Wartonah.2006, *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan edisi 3*, Salemba Medika, Jakarta
- Tim Poltekkes Depkes Jakarta III .2009, *Panduan Praktek KDM*, Salemba Medika, Jakarta
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, 2012, *Modul pembelajaran KDM*, Malang
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, 2012, *Modul Pemeriksaan Fisik dan Implikasinya dalam Keperawatan* , Malang
- Wahid,IM dan Nurul, C. 2008, *Buku Ajar Kebutuhan dasar Manusia, teori dan aplikasi dalam praktek*, Salemba Medika, Jakarta.

## **BAB IV**

# **ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN PERSONAL HYGIENE**

*Kasiati dan Ni Wayan Dwi Rosmalawati*

### **PENDAHULUAN**

Salah satu tanda seseorang dikatakan sehat adalah adanya kemampuan orang tersebut melakukan aktivitas seperti bekerja, makan dan minum, personal hygiene, rekreasi dan lain lain. Jika seseorang sakit atau terjadi kelemahan fisik sehingga kemampuan aktivitas menurun. Seseorang tersebut biasanya terjadi masalah personal hygiene kurang mendapatkan perhatian, hal ini bisa berpengaruh pada masalah kesehatan seseorang. Akibat yang dapat di timbulkan jika personal hygiene tidak terpenuhi diantaranya adalah gangguan membrane mukosa mulut, integritas kulit, rabut, mata, kuku dan kelamin. Selain menimbulkan dampak fisik, gangguan personal hygiene dapat pula berdampak pada gangguan pemenuhan kebutuhan psikososial dan nyaman yang sudah dibahas pada Bab 1.

Bab ini terutama akan membahas tentang personal hygiene terlebih dahulu, dan anda akan mempelajari tentang konsep dasar personal hygiene dan asuhan keperawatan klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan personal hygiene. Modul ini dikemas dalam dua kegiatan belajar yang bersifat hard skill tetapi juga soft skill. Dengan harapan peserta didik sebagai perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah gangguan pemenuhan kebutuhan gangguan personal hygiene.

Ada dua Topik yang akan diuraikan yaitu konsep dasar personal hygiene yang berisikan pengertian personal hygiene, tujuan personal hygiene, faktor yang mempengaruhi personal hygiene, macam dan prinsip personal hygiene dan proses keperawatan yang berisikan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan kriteria evaluasi.

Setelah mempelajari Bab ini, diharapkan mampu melaksanakan asuhan keperawatan klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan personal hygiene.

Dalam mempelajari Bab ini peserta didik dianggap sudah menguasai proses keperawatan pada Bab I dan keterampilan dalam pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital yang sudah dipelajari pada Bab 2 dan 3.

## Topik 1

# Konsep Dasar Personal Hygiene

Saudara-saudara sekalian, agar anda dapat mencegah terjadinya masalah yang terjadi pada klien dengan personal hygiene yang tidak terpenuhi seperti kerusakan integritas kulit, gigi dan mukosa dan lain-lain. Klien tersebut dapat menimbulkan berbagai gangguan fisik dan psikologis. Sedangkan gangguan fisik dan psikologis mengurangi keindahan penampilan dan reaksi emosional. Dengan demikian peran perawat sangat dibutuhkan dalam melakukan asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene terutama pada klien yang tidak mampu untuk memenuhi dan meningkatkan pengetahuannya.

Seseorang dalam kehidupan sehari-hari kebersihan merupakan hal yang sangat penting dan harus terpenuhi karena kebersihan akan mempengaruhi kesehatan dan psikologis. Aktivitas pemenuhan kebersihan sangat dipengaruhi budaya, sosial-ekonomi, status kesehatan, pengetahuan dan lain-lain.

Jika seseorang sakit, biasanya masalah kebersihan kurang mendapatkan perhatian. Hal ini bisa terjadi karena kita menganggap masalah kebersihan adalah masalah yang tidak penting, padahal masalah kebersihan apabila dibiarkan dapat mempengaruhi kesehatan secara umum.

Sehingga anda harus mempelajari dulu tentang konsep dasar personal hygiene dan memberikan asuhan keperawatan pada klien gangguan pemenuhan kebutuhan personal hygiene untuk mencegah kerusakan membrane mukosa mulut, integritas kulit, rabut, mata, kuku dan kelamin.

### A. PENGERTIAN PERSONAL HYGIENE

Personal hygiene berasal dari bahasa Yunani yang berarti *personal* yang artinya perorangan dan *hygiene* berarti sehat. Jadi personal hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Cara perawatan diri manusia untuk memelihara kesehatan mereka disebut hygiene perorangan.

Personal hygiene atau kebersihan diri adalah upaya seseorang dalam memelihara kebersihan dan kesehatan untuk memperoleh kesejahteraan fisik dan psikologis.

### B. TUJUAN PERSONAL HYGIENE

Tujuan seseorang dalam melakukan perawatan personal hygiene meliputi:

1. meningkatkan derajat kesehatan.
2. rasa nyaman dan menciptakan keindahan.
3. mencegah penyakit pada diri sendiri maupun pada orang lain.
4. meningkatkan percaya diri.

### C. MANFAAT PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik memiliki banyak manfaat, baik bagi perawat sendiri, maupun bagi profesi kesehatan lain, di antaranya:

1. Sebagai data untuk membantu perawat dalam menegakkan diagnose keperawatan.
2. Mengetahui masalah kesehatan yang di alami klien.
3. Sebagai dasar untuk memilih intervensi keperawatan yang tepat.
4. Sebagai data untuk mengevaluasi hasil dari asuhan keperawatan.

#### **Faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene klien meliputi:**

##### *a. Status kesehatan*

Seseorang dalam kondisi sakit atau cedera, sehingga memerlukan *bedrest*, apalagi dalam waktu lama, hal ini akan mempengaruhi kemampuan seseorang memenuhi kebutuhan personal hygiene dan tingkat kesehatan klien. Di sinilah peran perawatan untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene dan mencegah gangguan seperti kerusakan membrane mukosa, kulit dan lain lain.

##### *b. Budaya*

Sejumlah mitos berkembang di masyarakat menjelaskan bahwa seseorang yang dalam keadaan sakit tidak dimandikan, hal ini dikarenakan nanti penyakitnya tambah parah.

##### *c. Status sosial-ekonomi*

Seseorang dalam kegiatan pemenuhan personal hygiene yang baik memerlukan sarana dan prasarana, seperti kamar mandi, air cukup dan bersih, peralatan ( misalnya sabun, shampo, dan lain lain) (Nancy Roper, 2002). Hal ini membutuhkan biaya dan akan berpengaruh seseorang dalam memenuhi dan mempertahankan personal hygiene dengan baik.

##### *d. Tingkat pengetahuan dan perkembangan*

Kedewasaan seseorang berpengaruh pada kualitas hidup, salah satunya pengetahuan yang lebih baik. Pengetahuan itu penting untuk meningkatkan status kesehatan seseorang. Sebagai contoh, agar seseorang terhindar dari penyakit kulit, maka seseorang tersebut harus selalu menjaga kulit agar tetap bersih dengan mandi secara teratur dan menggunakan sabun dan air bersih.

##### *e. Cacat jasmani atau mental*

Seseorang dalam kondisi cacat jasmani atau mental akan menghambat kemampuan individu untuk melakukan perawatan pemenuhan kebutuhan diri sendiri.

##### *f. Praktek sosial*

Selama anak-anak mendapatkan praktek hygiene dari orang tua, sedangkan masa remaja lebih perhatian pada hygiene karena pengaruh teman atau pacar. Praktik hygiene lansia dapat berubah dikarenakan situasi kehidupan.

*g. Citra tubuh*

Penampilan umum klien dapat menggambarkan pentingnya hygiene pada orang tersebut. Jika seorang klien rapi sekali maka perawat mempertimbangkan ketika merencanakan perawatan dan akan berkonsultasi membuat keputusan dalam perawatan hygiene.

Contoh : klien yang telah mengalami pembedahan seperti kolostomi selalu memperhatikan penampilan stoma dan bau fekal, maka perawat membantu klien menjaga kebersihan area stoma dan mengurangi atau menghilangkan bau. Sebaliknya, klien yang tidak rapi atau tidak tertarik pada hygiene maka klien membutuhkan pendidikan pentingnya hygiene.

*h. Pilihan pribadi*

Setiap klien memiliki keinginan individu dan pilihan kapan untuk mandi, sikat gigi dan perawatan rambut, dan lain-lain. Klien memilih produk berbeda untuk perawatan hygiene dan bagaimana cara melakukan hygiene. Pilihan klien membantu perawat pengembangan rencana perawatan, hal ini tidak perlu mengubah pilihan, kecuali hal itu tidak mempengaruhi kesehatan. Misalnya, klien diabetes harus hati-hati menjaga kakinya bersih dan menghindari infeksi. Perawat harus menjelaskan kebutuhan perawatan kaki yang baik dan bahan yang digunakan.

Agar lebih jelas bagi peserta didik, berikut ini penjelasan tentang macam-macam personal hygiene sebagai berikut:

*a. Perawatan kulit*

Kulit merupakan organ aktif yang berfungsi sebagai, sekresi, ekskresi, pengatur temperatur, sensasi, dan kulit berfungsi juga sebagai pertukaran oksigen, nutrisi dan cairan dengan pembuluh di bawahnya, sintesa sel baru dan eliminasi sel mati.

Epidermis (lapisan luar) merupakan pelindung jaringan di bawahnya terhadap kehilangan cairan, cedera mekanis maupun kimia serta masuknya mikroorganisme penyakit. Seseorang harus menjaga kebersihan kulit karena sangatlah penting, kulit sebagai pintu masuk utama kuman pathogen ke dalam tubuh. Bakteri, umumnya tinggal pada permukaan luar kulit. Tempat tinggal bakteri misalnya korinebakterium merupakan flora normal yang tidak menyebabkan penyakit tapi menghalangi multiplikasi penyakit akibat mikroorganisme.

Dermis lapisan kulit yang lebih tebal terdiri dari jaringan ikat kolagen dan serabut saraf, pembuluh darah, kelenjar keringat, kelenjar sebacea, dan folikel rambut. Kelenjar sebacea mengeluarkan sebum, minyak, cairan odor ke dalam folikel rambut untuk minyak kulit dan rambut agar lemas dan liat. Ada dua tipe kelenjar keringat yaitu ekrin lebih banyak pada dahi, telapak tangan dan kaki, hal ini untuk membantu pengendalian temperatur melalui evaporasi, sedangkan kelenjar apokrin pada area aksila dan genital. Dekomposisi bakteri dari keringat dari kelenjar ini bertanggung jawab pada bau tubuh.

Sedangkan cara merawat kulit dengan melakukan mandi minimal 2 kali sehari setelah melakukan aktivitas, keadaan kulit kotor, menjalani operasi dan sebaiknya menggunakan sabun yang tidak iritatif atau sesuai kebiasaan.

Kulit seringkali merefleksikan perubahan pada kondisi fisik dengan perubahan pada warna, ketebalan, tekstur, turgor, temperatur, dan hidrasi, sedangkan selama kulit masih utuh dan sehat, fungsi fisiologis masih optimal.

Perawatan genitalia untuk mencegah dan mengontrol infeksi, mencegah kerusakan kulit dan meningkatkan kenyamanan, serta mempertahankan kebersihan diri (Potter & Perry, 2000). Perawatan dilakukan minimal dua kali sehari, lebih sering klien dengan infeksi genitalia atau wanita menstruasi.

Kaji perawatan hygiene:

- 1) Identifikasi klien terhadap toleransi prosedur hygiene, tipe perawatan yang diperlukan dan masalah kesehatan klien.
- 2) Selama membantu klien melakukan hygiene kaji seluruh permukaan kulit secara inspeksi dan palpasi, meliputi perubahan integumen, respon terapi,
- 3) Kaji fisik kulit
  - (a) Observasi kondisi kulit meliputi warna, tekstur, turgor, temperatur, dan hidrasi kulit.
  - (b) Masalah kulit seperti:
    - Kulit kering karena kebanyakan mandi, penggunaan sabun berlebihan atau sabun kasar dan alkalin, kulit maserasi, daerah kalus kaki, tangan.
    - Ruam kulit atau erupsi kulit dari reaksi alergi bisa datar, naik berupa lokal atau sistemik, pruritik atau nonpruritik.
    - Dermatitis kontak yaitu inflamasi ditandai dengan letusan eritema, pruritis, nyeri, bersisik.
    - Abrasi dan lesi kulit rusak, perdarahan, cairan
    - Dekubitus dampak dari imobilisasi lama, bagian badan tergantung, terpapar tekanan seperti gips, linen, matras.
- 4) Kaji kemampuan perawatan diri klien seperti klien tidak mampu merawat kulit maka perawat memberi bantuan atau mengajarkan pada keluarga, Kaji keseimbangan, toleransi, kekuatan otot, keadaan berbaring, kemampuan duduk, alat yang dibutuhkan, dan jarak rentang gerak pada ekstremitas klien.
- 5) Kaji masalah kesehatan klien seperti gangguan fungsi kognitif dan kondisi fisik.
- 6) Kaji penurunan sensasi.

Klien tidak mampu merasakan cedera permukaan kulit biasanya pada klien dengan paralisis, insufisiensi sirkulasi, kerusakan saraf.

*b. Perawatan Kaki dan Kuku*

Kaki dan kuku sering kali memerlukan perhatian khusus untuk mencegah infeksi, bau dan cedera pada jaringan. Kuku merupakan pelengkap kulit, tetapi bila tidak mendapatkan perawatan yang baik maka kuku bisa sebagai sarang penyakit.

Masalah yang dihasilkan karena perawatan yang salah atau kurang seperti menggigit kuku, memotong tidak tepat, pemaparan zat kimia yang tajam, dan pemakaian sepatu tidak pas. Ketidaknyamanan dan nyeri pada kaki dapat mengarah pada stres fisik dan emosional.

Sedangkan cara merawat kuku dengan menjaga kebersihan kotoran dibalik kuku dan memotongnya sesuai kebutuhan.

Pengkajian :

- 1) Lakukan inspeksi pada permukaan kulit : bentuk, ukuran, jumlah jari, bentuk kaki, dan kondisi kaki meliputi adanya luka, inflamasi, iritasi dan pecah-pecah
- 2) Amati jari kaki, secara normal adalah lurus, datar dan kaki harus dalam garis lurus dengan mata kaki dan tibia
- 3) Kaji cara berjalan, apa pincang atau tidak alami, rasa nyeri saat berjalan.
- 4) Kaji keadekuatan sirkulasi perifer pada kaki terutama klien dengan diabetes: dengan cara palpasi dari pedisidorsalis dan denyut tibial posterior.
- 5) Kaji adanya neuropati yaitu degerasi saraf perifer yang ditandai kehilangan sensasi dengan cara sentukan ringan, suhu atau tusukan.
- 6) Kaji kemampuan klien tentang perawatan kaki dan kuku.
- 7) Amati kuku: kuku sehat yaitu transparan, lembut dan alas jari pink dan ujung putih tembus cahaya, sedangkan pada lansia tebal dan kuning. Kulit sekitar kuku dan kutikula lembut dan tanpa inflamasi.
- 8) Kaji masalah umum pada kaki dan kuku seperti kalus (pengerasan), katimumul atau keratosis pada jari di atas tonjolan tulang bentuknya kerucut, bulat dan naik. Kutil (plantar wart) yaitu luka yang menjamur pada tumit kaki disebabkan virus papiloma. Infeksi jamur kaki ( tinea pedes ) biasanya antara jari dan tumit, keadaan melempuh, berair, hal ini biasanya disebabkan alas kaki yang ketat. Kuku yang tumbuh kedalam. Bau kaki, hal ini disebabkan keringat berlebih yang meningkatkan perkembangan mikroorganisme.

c. *Perawatan rambut.*

Rambut merupakan struktur kulit, rambut sehat terlihat mengkilat, tidak berminyak dan tidak kering atau tidak mudah patah, kondisi panas dan malnutrisi akan mengganggu pertumbuhan rambut. Bila rambut kotor dan tidak dibersihkan bisa menyebabkan ketombe dan sarang kutu.

Rambut klien imobilisasi akan terlihat menjadi kusut, Balutan yang bisa meninggal darah atau antiseptik bisa membuat rambut lengket. Klien juga harus diizinkan bercukur bila kondisi mengizinkan.

Pertumbuhan, distribusi, dan pola rambut dapat menjadi indikator status kesehatan umum. Perubahan hormonal, stres emosional atau fisik, penuaan, infeksi, penyakit, dan obat-obatan dapat mempengaruhi perubahan rambut.

Sedangkan cara merawat rambut antara lain, cuci rambut 1-2 kali seminggu(sesuai keadaan klien), dengan memakai shampo yang cocok, gunakan sisir besar untuk rambut keriting dan tidak bergigi tajam.

Pengkajian

- 1) Kaji kondisi rambut dan kulit kepala : rambut normal bersih, bercahaya, tidak kusut, kulit kepala bebas dari lesi.

- 2) Mengkaji masalah rambut: ketombe, kutu (pediculosis), kehilangan rambut, pembotakan (alopecia).
- 3) Mengkaji kemampuan perawatan diri klien untuk merawat rambut (kondisi penyakit klien merusak kemampuan klien dalam perawatan rambut).
- 4) Praktik perawatan rambut : dengan mengkaji gaya rambut perawat dapat mengatur pola rambut, produk perawatan, waktu perawatan.

*d. Perawatan gigi dan mulut*

Mulut merupakan rongga, merupakan sistem pencernaan dan bagian tambahan sistem pernafasan sehingga tidak bersih dan penuh dengan bakteri, maka harus dibersihkan.

Mulut terdiri dari bibir, gigi, lidah dan langit-langit. Mukosa mulut normal berwarna merah muda terang dan basah. Gigi normal terdiri dari tiga bagian, kepala, leher dan akar, sedangkan sehat tampak putih, halus, bercahaya, dan berjajar rapi.

Higiene mulut : membantu mempertahankan status kesehatan mulut, gigi, gusi dan bibir yang sehat menstimulasi nafsu makan. Sedangkan cara membersihkannya dengan menyikat gigi sesudah makan dan sebelum tidur, atau sesuai kebutuhan, dengan menggunakan sikat yang halus dan bulu banyak.

Tanggung jawab perawat pada higiene mulut adalah pemeliharaan dan pencegahan dengan cara mengajarkan teknik yang benar, memotivasi, perawat membuat rujukan, memberikan pendidikan dan membantu membersihkan gigi dan mulut.

*e. Perawatan mata.*

Secara normal tidak ada perawatan khusus yang diperlukan untuk mata karena secara terus-menerus dibersihkan air mata, dan kelopak mata dan bulu mata mencegah masuknya partikel asing. Seseorang hanya membersihkan kotoran mata dapat menempel pada sudut mata dan bulu mata, sehingga perlu menjaga kebersihan untuk mempertahankan kesehatan mata dan mencegah infeksi.

Klien yang tidak sadar berisiko cedera mata karena refleks kedipan tidak ada. Klien yang telah mengalami operasi mata atau infeksi menyebabkan peningkatan pengeluaran atau drainase.

Perawat sering membantu dalam perawatan kacamata, lensa kontak, atau mata buatan.

*f. Perawatan hidung*

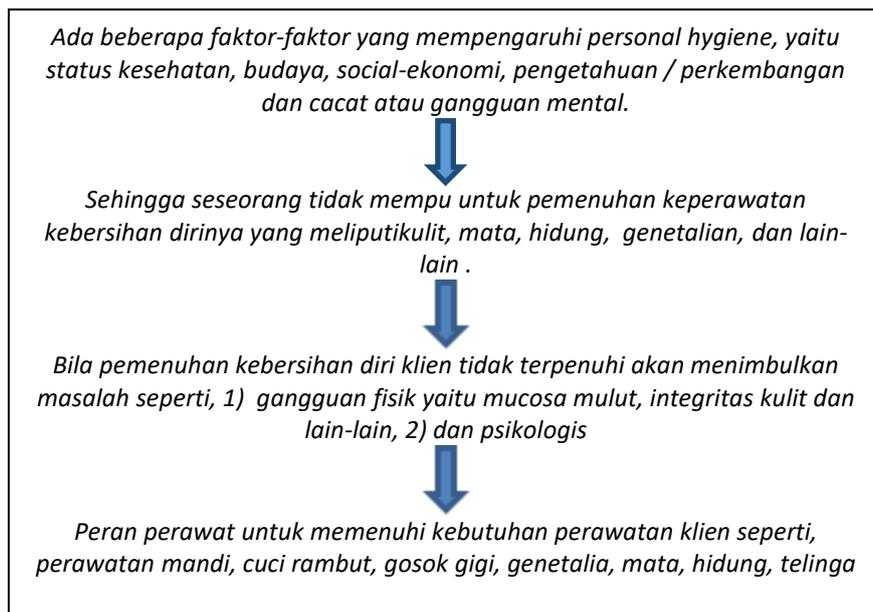
Hidung memberikan indera penciuman, pemantau temperatur, kelembaban udara serta mencegah masuknya partikel asing ke dalam sistem pernafasan. Akumulasi sekresi yang mengeras di dalam nares dapat merusak sensasi olfaktori dan pernafasan. Iritasi mukosa nasal menyebabkan pembengkakan, mengarah pada obstruksi nares.

Secara tipikal, perawatan higienis hidung adalah sederhana, tetapi untuk klien menggunakan nasogastrik, pemberian makan enteral, atau pipa endotrakhea yang masuk ke dalam membutuhkan perhatian khusus. Hidung terdiri dari mukosa hidung, maka harus dijaga agar tidak terjadi iritasi.

*g. Perawatan telinga*

Higiene telinga mempunyai implikasi untuk ketajaman pendengaran, bila substansi lilin atau benda asing berkumpul pada kanal telinga luar, yang mengganggu konduksi suara. Khususnya pada lansia rentan terkena masalah ini. Perawat harus sensitif pada isyarat perilaku apapun yang mengindikasikan kerusakan pendengaran.

Telinga harus dibersihkan bila ada kotoran yang menyumbat telinga, dengan mengeluarkan secara pelan. Ketika merawat klien yang menggunakan alat bantu pendengaran, perawat menginstruksikan klien pada pembersihan dan pemeliharaan yang tepat seperti teknik komunikasi yang meningkatkan pendengaran kata yang diucapkan.



Jika saudara sudah mengetahui konsep personal hygiene dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, serta macam dan prinsip perawatan personal hygiene, maka saudara pasti tidak kesulitan untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan personal hygiene dengan tahap-tahap sebagai berikut : 1) pengkajian, 2) merumuskan diagnosa, 3) menyusun rencana, 4) mencegah dan memperbaiki struktur tubuh (dipelajari pada Bab 4), dan menyusun kriteria evaluasi.

## Latihan

Anda ditugaskan merawat seorang wanita berusia 80 tahun karena kecelakaan, dan klien tersebut harus *bedrest* yang cukup lama dan klien mengalami luka pada daerah punggung. Masalah apa yang terjadi pada klien yang berhubungan dengan personal hygiene tersebut. Identifikasi faktor-faktor yang perawat perlu lakukan untuk pertimbangan saat merencanakan perawatan personal hygiene klien tersebut. Informasi tambahan apakah yang akan anda perlukan sebelum melakukan tindakan keperawatan?

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1) Dekubitus dampak dari imobilisasi lama yang disebabkan terpapar tekanan oleh linen atau matras.
- 2) Kaji masalah kesehatan klien seperti gangguan fungsi kognitif dan kondisi fisik.
- 3) Kaji kemampuan perawatan diri klien seperti klien tidak mampu merawat kulit maka perawat memberi bantuan atau mengajarkan pada keluarga, Kaji keseimbangan, toleransi, kekuatan otot, keadaan berbaring, kemampuan duduk, alat yang dibutuhkan, dan jarak rentang gerak pada ekstremitas klien.

## **Ringkasan**

Hygiene adalah masalah pribadi, dan perawat mempertimbangkan semua faktor yang mempengaruhi rutinitas hygiene perseorangan mereka pada lingkungan kesehatan maupun lingkungan rumah, Tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene, yaitu status kesehatan, budaya, sosial-ekonomi, pengetahuan/perkembangan dan cacat atau gangguan mental. Personal hygiene meliputi kebersihan tubuh seseorang secara menyeluruh yaitu personal hygiene rambut, mulut, kulit, mata, hidung, telinga, dan genitalia.

Jika seseorang sakit, biasanya masalah kebersihan kurang diperhatikan. Akibatnya yang dapat timbul jika personal hygiene tidak teratasi di antaranya adalah gangguan membrane mukosa mulut, gatal gatal, dan infeksi di beberapa bagian tubuh, serta gangguan integritas kulit dan gangguan fisik pada kuku. Selain dapat menimbulkan dampak fisik yang sudah disebut di atas, gangguan personal hygiene dapat pula menimbulkan dampak psikososial. Di antaranya adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman kebutuhan harga diri.

## **Tes 1**

Seorang perempuan, berumur 60 tahun dirawat di ruang perawatan penyakit dalam sudah 1 bulan, karena menderita perdarahan otak (*stroke*). Perempuan tersebut tidak sadar diri (*coma*). Karena kondisinya segala aktivitas perempuan tersebut seperti perawatan mandi dibantu perawat.

- 1) Tujuan utama perawat membantu perawatan mandi pada klien dengan keadaan koma adalah ....
  - A. Memelihara kebersihan klien
  - B. Memberikan rasa aman
  - C. Meningkatkan percaya diri klien
  - D. Meningkatkan psikologis klien

- 2) Penyebab perempuan tersebut tidak mampu melakukan personal hygiene adalah ....
  - A. Sosial-ekonomi klien
  - B. Status kesehatan klien
  - C. Budaya klien
  - D. Pengetahuan klien
  
- 3) Tanda-tanda terjadinya gangguan integritas kulit pada klien tersebut adalah ....
  - A. Pruritus
  - B. Keadaan kotor
  - C. Atropi
  - D. Kontraktur
  
- 4) Immobilisasi yang lama pada klien dapat mengakibatkan kerusakan integritas pada kulit seperti
  - A. Dekubitus
  - B. Kontraktur
  - C. Atropi
  - D. Infeksi
  
- 5) Masalah personal hygiene pada klien dengan keadaan tidak sadar (koma) adalah gangguan kebutuhan ....
  - A. nutrisi
  - B. kebersihan mulut
  - C. eliminasi
  - D. rasa nyaman

## Topik 2

### Proses Keperawatan

#### A. PENGKAJIAN

Dalam melakukan pengkajian harus menggerakkan semua indra dan tenaga untuk melakukan pengkajian secara cermat baik melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik untuk menggali data yang akurat meliputi:

##### 1. Riwayat Keperawatan

Tanyakan tentang pola kebersihan individu sehari-hari, sarana dan prasarana yang dimiliki, serta faktor-faktor yang mempengaruhi hygiene personal individu baik faktor pendukung maupun faktor pencetus.

##### 2. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik, kaji hygiene personal individu, mulai dari ekstremitas atas sampai bawah.

- a. Rambut. Amati kondisi rambut (warna, tekstur, kuantitas), apakah tampak kusam? Apakah ditemukan kerontokan?
- b. Kepala. Amati dengan seksama kebersihan kulit kepala. Perhatikan adanya ketombe, kebotakan, atau tanda-tanda kemerahan.
- c. Mata. Amati adanya tanda-tanda ikterus, konjungtiva pucat, secret pada kelopak mata, kemerahan atau gatal-gatal pada mata.
- d. Hidung. Amati kondisi kebersihan hidung, kaji adanya sinusitis, pendarahan hidung, tanda-tanda pilek yang tidak kunjung sembuh, tanda-tanda alergi atau perubahan pada daya penciuman.
- e. Mulut. Amati kondisi mukosa mulut dan kaji kelembabannya. Perhatikan adanya lesi, tanda-tanda radang gusi/sariawan, kekeringan, atau pecah-pecah.
- f. Gigi. Amati kondisi dan kebersihan gigi. Perhatikan adanya tanda-tanda karang gigi, karies, gigi pecah-pecah, tidak lengkap, atau gigi palsu.
- g. Telinga. Amati kondisi dan kebersihan telinga. Perhatikan adanya serumen atau kotoran pada telinga, lesi, infeksi, atau perubahan daya pendengaran.
- h. Kulit. Amati kondisi kulit (tekstur, turgor, kelembaban) dan kebersihannya. Perhatikan adanya perubahan warna kulit, stria, kulit keriput, lesi, atau pruritus.
- i. Kuku tangan dan kaki. Amati bentuk dan kebersihan kuku. Perhatikan adanya kelainan atau luka.
- i. Genetalia. Amati kondisi dan kebersihan genetalia berikut area perineum. Perhatikan pola pertumbuhan rambut pubis. Pada laki-laki, perhatikan kondisi skrotum dan testisnya.

- j. Higiene personal secara umum. Amati kondisi dan kebersihan kulit secara umum. Perhatikan adanya kelainan pada kulit dan bentuk tubuh.

## **B. PENETAPAN DIAGNOSIS**

Menurut NANDA (2015), diagnosis keperawatan umum untuk klien dengan masalah perawatan higiene adalah pada defisit perawatan diri. Lebih lanjut, diagnosis tersebut terbagi menjadi empat (Kozier, 2004), yaitu: 1) defisit perawatan diri: makan, 2) defisit perawatan diri: mandi/hygiene, 3) defisit perawatan diri: berpakaian/berhias, dan 4) defisit perawatan diri: eliminasi. Sedang masalah secara umum pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan kebersihan diri adalah sebagai berikut:

### **1. Risiko Kerusakan Integritas Kulit**

Definisi: keadaan di mana kulit seorang tidak utuh.

Kemungkinan berhubungan dengan: bagian tubuh yang lama tertekan, imobilisasi, terpapar zat kimia.

Kemungkinan data yang ditemukan: kerusakan jaringan kulit, gangren, dekubitus, kelemahan fisik.

Kondisi klinis kemungkinan terjadi : stroke, fraktur femur, koma, trauma medulla spinalis.

Tujuan yang diharapkan: 1) Pola kebersihan diri pasien normal dan kulit utuh, 2) Keadaan kulit, rambut kepala bersih, 3) Klien bebas bau badan, 4) Klien dapat mandiri dalam kebersihan diri sendiri.

#### *Intervensi*

<b>INTERVENSI</b>	<b>RASIONAL</b>
1. Kaji kembali pola kebutuhan personal hygiene pasien	1. Data dasar dalam melakukan intervensi
2. Kaji keadaan luka pasien	2. Menentukan intervensi lebih lanjut
3. Jaga kulit agar tetap utuh dan kebersihan kulit pasien dengan cara membantu mandi pasien	3. Menghindari risiko infeksi kulit
4. Jaga kebersihan tempat tidur, selimut bersih dan kencang	4. Mengurangi tekanan dan menghindari luka dekubitus
5. Lakukan perawatan luka dengan teknik steril sesuai program	5. Penyembuhan luka
6. Observasi tanda-tanda infeksi	6. Mencegah infeksi secara dini
7. Lakukan pijat pada kulit dan lakukan perubahan posisi setiap 2 jam	7. Mencegah dekubitus
8. Ubah posisi secara teratur (minimal setiap 2 jam)	8. Tekanan lama lebih besar berisiko kerusakan kulit
9. Keringkan kulit, setelah itu gunakan losion setelah mandi	9. Emolien menghaluskan dan mencegah kehilangan kelembaban

## 2. Gangguan Membrane Mukosa Mulut

Definisi: kondisi dimana mukosa mulut pasien mengalami luka.

Kemungkinan berhubungan dengan: trauma oral, pembatasan intake cairan, pemberian kemoterapi dan radiasi pada kepala dan leher.

Kemungkinan data yang ditemukan: iritasi/luka pada mukosa mulut, peradangan/infeksi, kesulitan dalam makan dan menelan, dan keadaan mulut yang kotor.

Kondisi klinis kemungkinan terjadi : stroke, stomatitis, koma.

Tujuan yang diharapkan: 1) Keadaan mukosa mulut, lidah dalam keadaan utuh, warna merah muda, 2) Inflamasi tidak terjadi, 3) Klien mengatakan rasa nyaman, 4) Keadaan mulut bersih.

### Intervensi

INTERVENSI	RASIONAL
1. Kaji kembali pola kebersihan mulut	5. Data dasar dalam melakukan intervensi
2. Lakukan kebersihan mulut sesudah makan dan sebelum tidur	2. Membersihkan kotoran dan mencegah karang gigi
3. Gunakan sikat gigi yang lembut	3. Mencegah pendarahan
4. Gunakan larutan garam/baking soda dan kemudian bilas dengan air bersih	4. Larutan garam/soda membantu melembabkan mukosa, meningkatkan granulasi, dan menekan bakteri
5. Lakukan pendidikan kesehatan tentang kebersihan mulut	5. Mencegah gangguan mukosa
6. Laksanakan program terapi medis	6. Membantu menyembuhkan luka/infeksi

## 3. Defisit perawatan diri/kebersihan diri

Definisi: kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan perawatan kebersihan untuk dirinya, kemungkinan berhubungan dengan: kelelahan fisik, penurunan kesadaran, kemungkinan data yang ditemukan: badan kotor dan berbau, rambut kotor, kuku panjang dan kotor, bau mulut dan kotor.

Kondisi klinis kemungkinan terjadi : stroke, fraktur, koma.

Tujuan yang diharapkan: 1) Kebersihan diri sesuai pola, 2) Keadaan badan, mulut, rambut, dan kuku bersih, 3) Pasien merasa nyaman.

### Intervensi

INTERVENSI	RASIONAL
1. Kaji kembali pola kebersihan diri	1. Data dasar dalam melakukan intervensi
2. Bantu klien dalam membersihkan badan, mulut, rambut, dan kuku	2. Mempertahankan rasa nyaman
3. Lakukan pendidikan kesehatan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pentingnya kebersihan diri</li> <li>• Pola kebersihan diri</li> <li>• Cara kebersihan</li> </ul>	3. Meningkatkan pengetahuan dan membuat klien lebih kooperatif

### C. IMPLEMENTASI

Implementasi atau tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi atau rencana yang telah di susun.

### D. KRITERIA EVALUASI

1. Mendemonstrasikan cara memenuhi personal hygiene ( bila sadar dan cara memilih alat dalam memenuhi personal hygiene.
2. Pemenuhan kebersihan diri klien dan respon nyaman klien.

## Latihan

Tn. Budi adalah seseorang umur 60 tahun, dengan post stroke dan mengalami kelumpuhan, sehingga kebutuhan pemenuhan kebutuhan persinal hygiene selalu di atas tempat tidur. Tn. Budi mengalami dikubitus dan anda ditugaskan untuk melakukan perawatan.

- 1) Uraikan pengkajian perawat dari praktek keperawatan diri Tuan Budi?
- 2) Kemungkinan masalah apa yang terjadi pada kulit pada pria tersebut di atas ?
- 3) Apa yang menyebabkan terjadinya dikubitus Tn Budi ?
- 4) Rencana apa saudara rancang untuk menjaga kulit dalam periode imobilisasi.

#### *Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1) Kaji penurunan sensasi  
Klien tidak mampu merasakan cedera permukaan kulit biasanya pada klien dengan paralisis, insufisiensi sirkulasi, kerusakan saraf.
- 2) Kerusakan integritas kulit : Definisi: keadaan di mana kulit seorang tidak utuh,.
- 3) Kemungkinan berhubungan dengan: bagian tubuh yang lama tertekan, dan imobilisasi yang lama.
- 4) Rencana keperawatan yang akan dikakukan perawat:
  - Kaji kembali pola kebutuhan personal hygiene pasien.
  - Kaji keadaan luka pasien.
  - Jaga kulit agar tetap utuh dan kebersihan kulit pasien dengan cara membantu mandi pasien.
  - Jaga kebersihan tempat tidur, selimut bersih dan kencang.
  - Lakukan perawatan luka dengan teknik steril sesuai program.
  - Observasi tanda-tanda infeksi.
  - Lakukan pijat pada kulit dan lakukan perubahan posisi setiap 2 jam.
  - Ubah posisi secara teratur (minimal setiap 2 jam).
  - Keringkan kulit, setelah itu gunakan losion setelah mandi.

## Ringkasan

Personal Hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis. Personal hygiene meliputi kebersihan tubuh seseorang secara menyeluruh yaitu personal hygiene rambut, mulut, kulit, mata, hidung, telinga, dan genitalia. Personal hygiene, sangat berpengaruh terhadap kesehatan seseorang. Jika seseorang sakit, biasanya masalah kebersihan kurang diperhatikan. Akibatnya yang dapat timbul jika personal hygiene tidak teratasi diantaranya adalah gangguan membrane mukosa mulut, gatal gatal, dan infeksi di beberapa bagian tubuh, serta gangguan integritas kulit dan gangguan fisik pada kuku. Selain dapat menimbulkan dampak fisik yang sudah disebut di atas, gangguan personal hygiene dapat pula menimbulkan dampak psikososial. Diantaranya adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman kebutuhan harga diri.

Perawat menerima tanggungjawab untuk memberikan kebutuhan hygiene klien sehari-hari jika mereka tidak mampu merawat dirinya sendiri dengan cukup. Pemberian perawatan hygiene klien memberikan kesempatan kepada perawat untuk mengkaji semua permukaan tubuh luar dan emosional klien.

Perawat harus memberikan penghargaan kepada klien selama prosedur hygiene dan harus menghargai pilihan dalam menyusun rencana hygiene yang akan dilakukan.

Peran perawat dalam mengatasi kurangnya pemenuhan kebutuhan personal hygiene pada klien diantaranya adalah mempertahankan kebersihan klien dalam hal membersihkan bagian bagian tubuhnya mencegah komplikasi atau timbulnya masalah lain akibat gangguan personal hygiene klien dan memberi dukungan.

## Tes 2

- 1) Pengkajian kulit yang harus diperhatikan saat perawat membantu klien mandi adalah ....
  - A. Botak, ketombe, berkutu
  - B. Warna kulit, lesi, pruritus
  - C. Keadaan mukosa. getah, ikterik
  - D. Bentuk, ikterik, mukosa
  
- 2) Masalah yang kemungkinan terjadi bila pemenuhan kebutuhan mandi klien tidak dilakukan secara baik oleh perawat adalah ....
  - A. Gangguan rasa aman
  - B. Kurangnya perawatan diri
  - C. Gangguan membran mukosa mulut
  - D. Gangguan integritas kulit

- 3) Faktor yang mempengaruhi personal hygiene tidak terpenuhi klien adalah ....
  - A. Kelumpuhan
  - B. Cancer
  - C. Fraktur
  - D. Atropi
  
- 4) Intervensi keperawatan pada klien dengan gangguan integritas kulit adalah ....
  - A. Lakukan perawatan luka
  - B. Monitor tanda-tanda vital
  - C. Lakukan perbaikan nutrisi
  - D. Jaga intake-output
  
- 5) Melakukan perubahan posisi setiap 2 jam pada klien dengan gangguan integritas kulit, rasionalnya adalah ....
  - A. Memberikan rasa nyaman
  - B. Menghindari hipoksia jaringan
  - C. Memperlambat peredaran darah
  - D. Mencegah terjadinya infeksi
  
- 6) Setelah perawat melakukan perawatan luka pada klien dengan dekubitus, kriteria hasil yang harus dievaluasi adalah ....
  - A. Keadaan luka kulit bersih
  - B. Mencegah infeksi
  - C. Kebersihan diri klien normal
  - D. Mencegah komplikasi

**TUGAS PRAKTIKUM :**

Prosedur tindakan pemenuhan kebutuhan personal hygiene

## Kunci Jawaban Tes

### Tes 1

- 1) A
- 2) B
- 3) A
- 4) A
- 5) B

### Tes 2

- 1) B
- 2) D
- 3) A
- 4) A
- 5) B
- 6) B

### Penjelasan Tes 1

- 1) Personal Hygiene adalah suatu tindakan untuk memelihara kebersihan dan kesehatan seseorang untuk kesejahteraan fisik dan psikis.
- 2) Seseorang dalam kondisi sakit (tidak sadar), hal ini akan mempengaruhi kemampuan seseorang memenuhi kebutuhan personal hygiene dan tingkat kesehatan klien.
- 3) Inflamasi ditandai dengan letusan eritema, pruritis, nyeri, bersisik.
- 4) Dekubitus dampak dari imobilisasi lama, bagian badan tergantung, terpapar tekanan seperti gips, linen, matras.
- 5) Seseorang dalam kondisi sakit (tidak sadar), hal ini akan mempengaruhi kemampuan seseorang memenuhi kebutuhan personal hygiene dan tingkat kesehatan klien.

### Penjelasan Tes 2

- 1) Perhatikan adanya perubahan warna kulit, stria, kulit keriput, lesi, atau pruritus
- 2) Bagian tubuh yang lama tertekan dan imobilisasi dalam waktu yang lama (kelumpuhan) akan berdampak pada gangguan integritas kulit
- 3) Faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene seseorang tidak terpenuhi adalah status kesehatan (koma)
- 4) Perawatan luka dengan teknik steril sesuai program akan mempercepat proses penyembuhan
- 5) Tekanan lama lebih besar berisiko merusak kulit atau keserakan kulit tambah parah
- 6) Luka bersih adanya perubahan kearah lebih baik

## Daftar Pustaka

- Alman. 2000, *Fundamental & Advanced Nursing Skill*, Canada, Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008, *Teknik Prosedural Keperawatan, Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*, Jakarta: Salemba Medika.
- Azis Alimun. 2006, *Kebutuhan Dasar Manusia I*, Jakarta: Salemba Medika.
- Elkin, et al. 2000., *Nursing Intervention and Clinical Skills*, Aecond ed.
- Kozier, B. 1995, *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice*, Ethics and Values, California, Addison Wesley.
- North American Nursing Association (NANDA). 2015, *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015-2017*, Wisconsin, Wiley Blackwell.
- Perry,at al. 2005, *Keterampilan dan Prosedur Dasar, Kedokteran*, Jakarta: EGC.
- Potter, P. 1998, *Fundamental of Nursing*, Philadelphia: Lippincott.
- Tarwoto Wartonah. 2006, *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 3*, Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Poltekkes Depkes Jakarta III. 2009, *Panduan Praktek KDM*, Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, 2012, *Modul pembelajaran KDM*, Malang.
- Wahid,IM dan Nuruk, C. 2008, *Kebutuhan Dasar Manusia, Teori dan Aplikasi Dalam Praktek*, Jakarta: Salemba Medika.

## **BAB V**

# **ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN ELEMINSASI URINE**

*Kasiati dan Ni Wayan Dwi Rosmalawati*

### **PENDAHULUAN**

Eliminasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang esensial dan berperan penting untuk kelangsungan hidup manusia. Eliminasi dibutuhkan untuk mempertahankan dalam keseimbangan fisiologis melalui pembuangan sisa-sisa metabolisme. Sisa metabolisme berupa eliminasi urine dari saluran perkemihan berupa urine disebut eliminasi urine/buang air kecil (BAK), hal ini bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Eliminasi merupakan aktivitas pokok yang harus dilakukan setiap manusia dan harus terpenuhi, bila tidak terpenuhi akan menjadi berbagai macam gangguan yang berdampak pada gangguan sistem pencernaan dan sistem perkemihan Bab ini terutama ditujukan untuk pendidikan jarak jauh pendidikan tinggi kesehatan perawat.

Topik ini merupakan tuntunan dan landasan bagi peserta didik berfungsi sebagai pengantar untuk dapat mencapai kompetensi pada mata ajar Kebutuhan Dasar Manusia I. Dengan harapan peserta didik sebagai perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine.

Pembelajaran pada Bab 5 ini membahas tentang kebutuhan eliminasi urine terlebih dahulu, dan anda akan mempelajari tentang konsep dasar eliminasi urine dan asuhan keperawatan klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan urine. Bab ini dikemas dalam dua kegiatan belajar yang bersifat *hard skill*, tetapi juga *soft skill*. Penggunaan Bab 5 ini, peserta didik dianggap sudah menguasai proses keperawatan dan keterampilan seperti pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital yang sudah dipelajari pada Bab 1, 2 dan 3.

Untuk mengetahui lebih lanjut tentang asuhan keperawatan klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine, maka pada Bab 5 ini ada dua kegiatan belajar yang akan diuraikan dalam urutan sebagai berikut.

Topik 1 akan berisikan konsep dasar eliminasi urine yang terdiri dari (1) pengertian, (2) review anatomi fisiologi sistem perkemihan, (3) karakteristik eliminasi normal, (4) faktor pengaruh kebiasaan berkemih, (5) perubahan eliminasi urine, dan (6) perubahan eliminasi. Sedangkan Topik 2 berisikan proses keperawatan: (1) pengkajian, (2) diagnosa keperawatan, (3) intervensi, (4) implementasi, dan (5) kriteria evaluasi.

Setelah mempelajari Bab ini Anda diharapkan mampu melaksanakan asuhan keperawatan pasien dengan gangguan pemenuhan eliminasi urine Untuk mencapai kompetensi umum tersebut, sebelumnya secara khusus Anda diharapkan dapat menjelaskan pada Topik 1 tentang konsep dasar eliminasi urine yang meliputi (1) menjelaskan pengertian, (2) menjelaskan anatomi fisiologi sistem perkemihan, (3) mengidentifikasi

## ✍ ■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ✍ ■

eliminasi normal, dan (4) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi kebiasaan berkemih. Pada Topik 2 peserta didik diharapkan mampu melakukan analisis asuhan keperawatan klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine: (1) melakukan pengkajian dengan gangguan eliminasi urine, (2) menyusun perencanaan dengan gangguan eliminasi urine, (3) merumuskan diagnosa keperawatan dengan gangguan eliminasi urine, (4) melaksanakan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan eliminasi urine, (5) melakukan evaluasi pada gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine.

Dengan harapan Anda sebagai perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan untuk membantu klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine seperti inkontinensia urine, retensio urine dan enuresis, dan lain-lain.

## Topik 1

### Konsep Dasar Eleminasi Urine

Eleminasi atau pembuangan normal urine merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus terpenuhi yang sering dianggap enting oleh kebanyakan orang. Pada sistem perkemihan yang tidak berfungsi dengan baik, hal ini bisa mengganggu sistem organ yang lainnya. Seseorang yang mengalami perubahan eleminasi dapat menderita secara fisik dan psikologis. Anda sebagai perawat harus memahami dan menunjukkan sikap peka terhadap kebutuhan klien akan eleminasi urine, serta memahami penyebab terjadinya masalah dan berusaha memberikan bantuan untuk penyelesaian masalah yang bisa diterima.

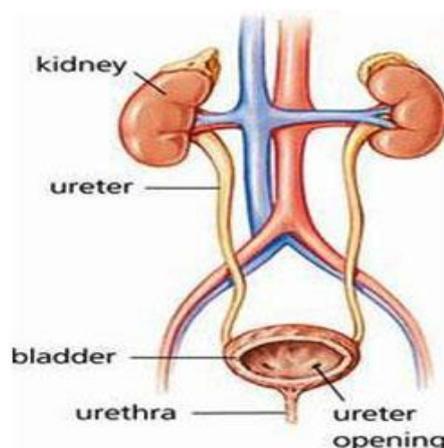
Saudara-saudara sekalian, agar Anda dapat melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eleminasi fekal, sebelumnya Anda harus mempelajari dulu tentang konsep dasar eleminasi urine (1) menjelaskan pengertian, (2) menjelaskan anatomi fisiologi sistem perkemihan, (3) mengidentifikasi eleminasi normal, dan (4) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi kebiasaan berkemih.

#### A. PENGERTIAN

Eleminasi atau pembuangan urine normal adalah proses pengosongan kandung kemih bila kandung kemih terisi.

#### B. ANATOMI DAN FISILOGI ELEMINASI URINE

Proses pengeluaran ini sangat bergantung pada fungsi-fungsi organ eleminasi seperti ginjal, ureter, kandung kemih atau *bladder* dan uretra. Ginjal memindahkan air dari darah dalam bentuk urine kemudian masuk ke ureter lalu mengalir ke bladder. Dalam bladder urine ditampung sampai mencapai batas tertentu atau sampai timbul keinginan berkemih, yang kemudian dikeluarkan melalui uretra. (lihat Gambar 5.1).



Gambar 5.1. Sistem perkemihan

### **C. GINJAL (*KINDEY*)**

Tahukah Anda bahwa ginjal bentuknya seperti kacang, terdiri dari 2 bagian kanan dan kiri. Produk buangan (limbah) hasil metabolisme yang terkumpul dalam darah melewati arteri renalis kemudian difiltrasi di ginjal. Sekitar 20 % - 25 % curah jantung bersirkulasi setiap hari melalui ginjal. Setiap 1 ginjal mengandung 1-4 juta nefron yang merupakan unit pembentukan urine di Glomerulus. Kapiler glomerulus memiliki pori-pori sehingga dapat memfiltrasi air dan substansi seperti glukosa, asam-amino, urea, kreatinin dan elektrolit. Kondisi normal, protein ukuran besar dan sel-sel darah tidak difiltrasi. Bila urine terdapat protein (proteinuria), hal ini bertanda adanya cedera pada glomerulus. Rata-rata Glomerular Filtrasi Rate (GFR) normal pada orang dewasa 125 ml permenit atau 180 liter per 24 jam. Sekitar 99 % filtrat direabsorpsi seperti ke dalam plasma, sedang 1 % di ekskresikan seperti ion hidrogen, kalium dan amonia sebagai urine.

### **D. URETER**

Setelah urine terbentuk kemudian akan dialirkan ke pelvis ginjal ke bladder melalui ureter. Panjang ureter dewasa 25-30 cm dan berdiameter 1.25 cm. Dinding ureter dibentuk dari 3 lapisan, yaitu lapisan dalam membran mukosa, lapisan tengah otot polos yang mentransfor urine melalui ureter dengan gerakan peristaltik yang distimulasi oleh distensi urine dikandung kemih, lapisan luar jaringan fibrosa menyokong ureter. Adanya obstruksi di ureter atau batu ginjal, menimbulkan gerakan peristaltik yang kuat sehingga mencoba mendorong dalam kandung kemih, hal ini menimbulkan nyeri yang sering disebut kolik ginjal.

### **E. KANDUNG KEMIH (*BLADDER*)**

Kandung kemih tempat penampung 400- 600 ml, namun keinginan berkemih dirasakan pada saat kandung kemih terisi urine pada orang dewasa 150 walaupun pengeluaran urine normal 300 ml urine, letaknya di dasar panggul terdiri otot yang dapat mengecil seperti balon. Dalam keadaan penuh kandung kemih membesar terdiri 2 bagian fundus dan bagian leher terdapat spinter interna dikontrol saraf otonom oleh sakral 2 dan 3.

Pada orang dewasa normal jumlah urine 1,2 – 1,5 liter perhari atau 50 ml/jam selebihnya seperti air, elektrolit dan glukosa diabsorpsi kembali. Komposisi urine 95 % air, dan 5 % elektrolit dan zat organik.

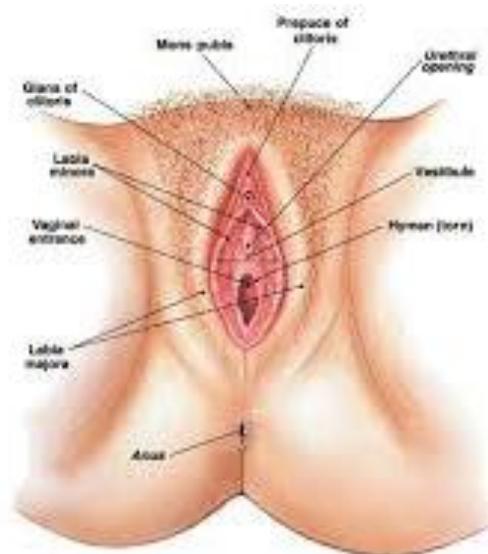
Pengeluaran urine seseorang tergantung pada intake cairan, faktor sirkulasi penyakit metabolic seperti diabetes, glomerulonefritis dan penggunaan obat-obatan diuretic. Bila pengeluaran urine kurang dari 30 ml/menit sedangkan masukan cairan cukup, hal ini kemungkinan gagal ginjal.

## F. URETRA (*URETHRA*)

Uretra merupakan saluran pembuangan urin keluar dari tubuh, kontrol pengeluaran pada spinter eksterna yang dapat dikendalikan oleh kesadaran kita. Dalam kondisi normal, aliran urine yang mengalami turbulansi membuat urine bebas dari bakteri, karena membran mukosa melapisi uretra mensekresi lendir bersifat bakteristatis dan membentuk plak mukosa mencegah masuknya bakteri.

Tahukah anda panjang uretra wanita lebih pendek 4 – 6.5 cm, sehingga menjadi faktor predisposisi infeksi saluran kemih, sedangkan pria panjangnya 20 cm.

Pada wanita, meatus urinarius (lubang) terletak diantara labia minora, diatas vagina dan dibawah klitoris. Pada pria, meatus terletak pada ujung distal penis (lihat Gambar 5.2).

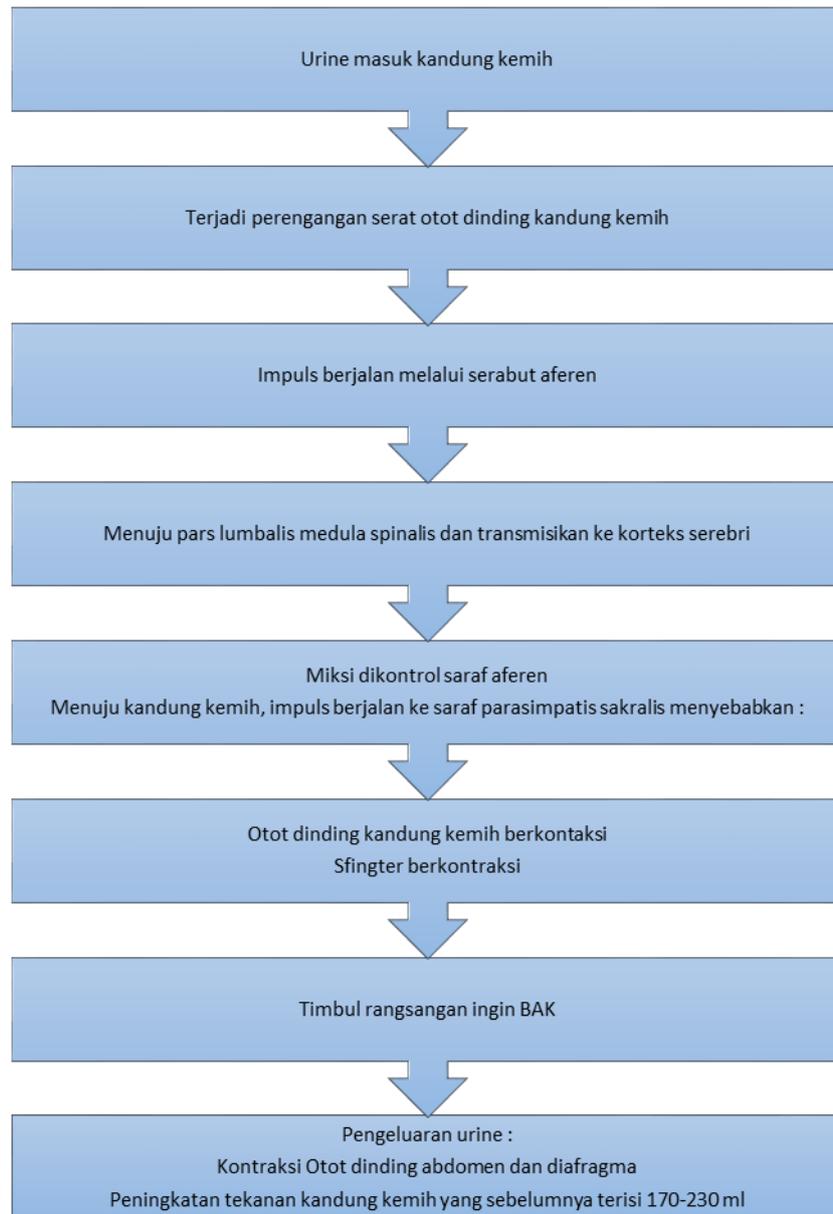


Gambar 5.2. Uretra

## G. FISILOGI BERKEMIH

Fisiologi berkemih secara umum menurut Gibson (2003) dapat dilihat pada grafik di bawah ini.

## ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ■



Proses kejadian eliminasi urine ada dua langkah utama: Pertama, bila kandung kemih saudara secara progresif terisi sampai tegangan di dindingnya meningkat diatas nilai ambang dikirim ke medulla spinalis diteruskan ke pusat miksi pada susunan saraf pusat. Kedua, pusat miksi mengirim sinyal ke otot kandung kemih (*destrusor*), maka spinter eksterna relaksasi berusaha mengosongkan kandung kemih, sebaliknya bila memilih tidak berkemih spinter eksterna berkontraksi. Kerusakan pada medulla spinalis menyebabkan hilangnya kontrol volunter berkemih, tetapi jalur refleks berkemih dapat tetap sehingga terjadinya berkemih secara tetap, maka kondisi ini disebut refleks kandung kemih.

Apa yang harus diketahui tentang eliminasi urine normal ?

### **1. Pola Eleminasi Urine Normal**

Seseorang berkemih sangat tergantung pada individu dan jumlah cairan yang masuk, Orang-orang biasanya berkemih : pertama kali pada waktu bangun tidur, setelah berkerja dan makan.

### **2. Frekuensi**

Normalnya miksi dalam sehari sekitar 5 kali. Frekuensi untuk berkemih tergantung kebiasaan dan kesempatan. Banyak orang berkemih kira-kira 70% dari urine setiap hari pada waktu bangun tidur dan tidak memerlukan waktu untuk berkemih pada malam hari. Orang-orang biasanya berkemih: pertama kali pada waktu bangun tidur, sebelum tidur dan berkisar waktu makan.

### **3. Karakteristik Urine normal**

Untuk mengetahui warna urine normal adalah kuning terang. disebabkan adanya pigmen orochrome, juga tergantung intake cairan. Seseorang dalam keadaan dehidrasi maka konsentrasi urine menjadi lebih pekat dan kecoklatan, penggunaan obat-obatan tertentu seperti multivitamin dan preparat besi menyebabkan warna urine menjadi kemerahan sampai kehitaman.

Bau urine normal adalah bau khas amoniak. merupakan hasil pecahan urea oleh bakteri. Pemberian pengobatan akan mempengaruhi bau urine.

Jumlah urine yang dikeluarkan tergantung pada usia, intake cairan dan status kesehatan. Pada orang dewasa jumlah urine yang dikeluarkan sekitar 1.200 – 1.500 atau 150 sampai 600 ml / sekali miksi. Berat jenis plasma (tanpa protein) berkisar 1,015 -1,020. Berat jenis plasma (tanpa protein) berkisar 1,015 -1,020.

Peran perawat jika menemukan data klien dewasa dengan volume urine dibawah 500 ml atau diatas 300 ml dalam periode 24 jam, warna, bau obnormal dan berat jenis diatas normal maka perlu perhatian khusus pada klien tersebut bila perlu perawat melapor.

## **H. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEBIASAAN BERKEMIH**

### **1. Pertumbuhan dan Perkembangan**

Usia seseorang dan berat badan dapat mempengaruhi jumlah pengeluaran urine. Normalnya bayi-anak ekskresi urine 400-500 ml/hari, orang dewasa 1500-1600ml.

Contoh: pada bayi-anak berat badan 10 % orang dewasa mampu ekskresi 33% lebih banyak dari orang dewasa, usia lanjut volume bladder berkurang sehingga sering mengalami nokturia dan frekuensi berkemih meningkat, demikian juga wanita hamil juga akan lebih sering berkemih karena kandung kemih ditekan bagian terendah janin.

## **2. Sosiokultural**

Budaya masyarakat di mana sebagian masyarakat hanya dapat miksi pada tempat tertutup dan sebaliknya ada masyarakat yang dapat miksi pada lokasi terbuka.

Contoh: masyarakat kita kebanyakan berkemih di kamar mandi (dalam keadaan tertutup) atau lokasi terbuka, sedangkan pada orang dalam kondisi sakit harus miksi diatas tempat tidur, hal ini membuat seseorang kadang menahan miksinya.

## **3. Psikologis**

Pada keadaan cemas dan stress akan meninggalkan stimulasi berkemih, sebagai upaya kompensasi.

Contoh: seseorang yang cemas dan stress maka mereka akan sering buang air kecil.

## **4. Kebiasaan atau Gaya Hidup Seseorang**

Gaya hidup ada kaitannya dengan kebiasaan seseorang berkemih.

Contoh: seseorang yang biasa berkemih di toilet atau di sungai atau di alam bebas, akan mengalami kesulitan kalau berkemih diatas tempat tidur apalagi dengan menggunakan pot urine/ pispot.

## **5. Aktivitas dan Tonus Otot**

Eliminasi urine membutuhkan tonus otot blanded, otot bomen, dan pelvis untuk berkontraksi. Jika ada gangguan tonus, otot dorongan untuk berkemih juga akan berkurang. Aktivitas dapat meningkatkan kemampuan metabolisme produksi urine secara optimal.

## **6. Intake Cairan dan Makanan**

Kebiasaan minum dan makan tertentu seperti kopi, teh, coklat, (mengandung kafein) dan alkohol akan menghambat Anti Diuretik Hormon (ADH), hal ini dapat meningkatkan pembuangan dan ekresi urine.

## **7. Kondisi penyakit**

Kondisi penyakit tertentu seperti pasien yang demam akan terjadi penurunan produksi urine dan pola miksi, karena banyak cairan yang dikeluarkan melalui kulit. Peradangan dan iritasi organ kemih meninggalkan retensi urine.

## **8. Pembedahan**

Tindakan pembedaan memicu sindrom adaptasi, sehingga kelenjar hipofisis anterior melepas hormone ADH, mengakibatkan meningkatkan reabsorsi air akhirnya pengeluaran urine menurun. Penggunaan anastesi menurunkan filtrasi glomerulus sehingga produksi urine menurun.

## 9. Pengobatan

Penggunaan terapi diuretik meningkatkan output urine, antikolinergik, dan antihipertensi, sehingga menimbulkan seseorang akan mengalami retensi urine.

## 10. Pemeriksaan Diagnostik

Intravenous pyelogram di mana pasien dibatasi intake sebelum prosedur untuk mengurangi output urine. Cystoscopy dapat menimbulkan edema local pada uretra, spasme pada spinter bladder sehingga dapat menimbulkan urine tertahan ( retensia urine).

# I. MASALAH-MASALAH ELIMINASI URINE

Ada beberapa masalah yang terjadi pada pasien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine. Masalah tersebut antara lain:

### 1. Retensi urine

Retensi urine adalah kondisi seseorang terjadi karena penumpukan urine dalam bladder dan ketidakmampuan bladder untuk mengosongkan kandung kemih. Penyebab distensi bladder adalah urine yang terdapat dalam bladder melebihi 400 ml. Normalnya adalah 250 - 400 ml. Kondisi ini bisa disebabkan oleh hipertropi prostat, pembedahan, otot destrusor lemah dan lain-lain.

### 2. Inkontinensia Urine

Bila seseorang mengalami ketidak mampuan otot spinter eksternal sementara atau menetap untuk mengontrol pengeluaran urine. Ada dua jenis inkontinensia: *Pertama*, stres inkontinensia yaitu stres yang terjadi pada saat tekanan intra-abdomen meningkat dan menyebabkan kompresi kandung kemih. Contoh sebagian orang saat batuk atau tertawa akan mengalami terkencing-kencing, hal tersebut bisa dikatakan normal atau bisa terjadi pada lansia. *Kedua*, urge inkontinensia yaitu inkontinensia yang terjadi saat klien terdesak ingin berkemih atau tiba-tiba berkemih, hal ini terjadi akibat infeksi saluran kemih bagian bawah atau spasme bladder, overdistensi, peningkatan konsumsi kafein atau alkohol (Taylor,1989).

### 3. Enuresis

Enuresis adalah ketidaksanggupan menahan kemih (mengompol) yang tidak disadari yang diakibatkan ketidakmampuan untuk mengendalikan spinter eksterna. Biasanya terjadi pada anak-anak atau orang jompo. Faktor penyebab takut keluar malam, kapasitas kandung kemih kurang normal, infeksi dan lain-lain.

### **3. Perubahan Pola Berkemih**

Dalam kaitannya dengan perubahan pola berkemih pada pasien yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine, hal yang perlu saudara lakukan pengkajian pada perubahan pola berkemih antara lain:

*a. Frekuensi*

Meningkatnya frekuensi berkemih tanpa intake cairan yang meningkat, biasanya terjadi pada cystitis, stress, dan wanita hamil.

*b. Urgency*

Perasaan ingin segera berkemih dan biasanya terjadi pada anak-anak karena kemampuan spinter untuk mengontrol berkurang.

*c. Dysuria*

Rasa sakit dan kesulitan dalam berkemih misalnya pada infeksi saluran kemih, trauma, dan striktur uretra.

*d. Polyuria (Diuresis)*

Produksi urine melebihi normal, tanpa peningkatan intake cairan misalnya pada pasien DM.

*e. Urinary Suppression:*

Keadaan di mana ginjal tidak memproduksi urine secara tiba-tiba. Anuria (urine kurang dari 100 ml/24 jam), olyguria (urine berkisar 100-500 ml/24 jam).

## **Latihan**

- 1) Seseorang berkemih sangat tergantung pada individu, silahkan anda mengingat-ingat kembali eliminasi yang terakhir anda lakukan dan catat.
  - a) Kapan eliminasi pertama kali anda lakukan ?
  - b) Berapa kali anda mengalami berkemih pada hari kemarin ?
  - c) Identifikasi karakteristik urine anda saat berkemih ?
  
- 2) Kadang-kadang kita lebih sering berkemih dalam satu hari (jumlah lebih 5 kali), hal ini tidak langsung bahwa keadaan tersebut dikatakan abnormal, bagaimana pendapat saudara dan jelaskan alasannya ?

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1)
  - a) Secara normal pada seseorang biasanya berkemih: pertama kali pada waktu bangun tidur, setelah bekerja dan makan.
  - b) Normalnya miksi atau berkemih dalam sehari sekitar 5 kali. Frekuensi untuk berkemih tergantung kebiasaan dan kesempatan.
  - c) Warna urine normal adalah kuning terang. disebabkan adanya pigmen urobilinogen, juga tergantung intake cairan, keadaan dehidrasi maka konsentrasi urine menjadi lebih pekat dan kecoklatan, penggunaan obat-obatan tertentu seperti multivitamin dan preparat besi menyebabkan warna urine menjadi kemerahan sampai kehitaman.

- 2) Tidak selamanya seseorang yang mengalami frekuensi berkemih dikatakan abnormal. Kebiasaan minum dan makan tertentu seperti kopi, teh, coklat, (mengandung kafein) dan alkohol akan menghambat Anti Diuretik Hormon (ADH), hal ini dapat meningkatkan pembuangan dan ekresi urine, sedangkan frekuensi: meningkatnya frekuensi berkemih tanpa intake cairan yang meningkat, biasanya terjadi pada cystitis, stres, dan wanita hamil.

## Ringkasan

Saudara telah mempelajari modul tentang asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urin. Dengan demikian saudara sebagai perawat telah menguasai kompetensi untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi urin. Hal-hal yang penting yang sudah saudara pelajari dalam modul ini adalah sebagai berikut:

Tidak selamanya eliminasi urine berjalan lancar, kadang mengalami gangguan atau hambatan yang bisa disebabkan oleh faktor fisik, psikologis, sosialkultural, penyakit, dan lain-lain.

Gangguan eliminasi yang sering terjadi adalah inkontenensia, retensi urine, dan lain-lain. Masalah-masalah yang terjadi pada gangguan eliminasi urine harus segera ditanggulangi karena akan berdampak pada gangguan homeostasis tubuh.

Dengan demikian sisa hasil metabolisme tubuh yang berupa urine merupakan kotoran yang bersifat toksin sehingga bisa meracuni apabila tidak segera dikeluarkan dari tubuh.

## Tes 1

### Kasus 1

Seorang laki-laki, umur 58 tahun dirawat di ruang bedah karena menderita pembesaran prostat. Laki-laki tersebut kesakitan setiap kali buang air kecil, sehingga laki-laki tersebut menahan kencing. Laki-laki tersebut merasa tidak tuntas pengeluaran urine meskipun baru kencing, Hasil pemeriksaan Tensi 130/90 mmhg, nadi 80 X/menit, intake cairan 200 ml/per hari, kencing sedikit.

- 1) Data yang perlu dikaji pada klien yang merasa tidak tuntas dalam pengeluaran kencing adalah ....
- A. destensi bladder
  - B. perubahan warna urine
  - C. kebersihan genetalia
  - D. imflamasi genetalia

- 2) Perasaan sakit dan kesulitan dalam berkemih yang dialami laki-laki itu, disebut ....
  - A. urgency
  - B. frekuensi
  - C. polyuria
  - D. dysuria
  
- 3) Kemungkinan penyebab seorang laki-laki yang mengalami kesakitan saat berkemih, sehingga mereka menahan kencing pada kasus di atas adalah ....
  - A. trauma
  - B. hipertropi prostat
  - C. infeksi saluran kemih
  - D. pembedahan
  
- 4) Jumlah pengeluaran urine pada orang dewasa normal dalam sehari adalah ....
  - A. sekitar 1.200 – 1.500 ml
  - B. lebih 3000 ml
  - C. kurang dari 500 ml
  - D. kurang dari 150 per sekali miksi
  
- 5) Seseorang yang tidak mampu mengendalikan pengeluaran urine disebut dengan ....
  - A. retensio urine
  - B. urgency
  - C. inkotinsia urine
  - D. poliuria

## Topik 2

### Proses Keperawatan

Setelah Anda menguasai materi Topik 1 tentang konsep dasar eliminasi urine tentang (1) pengertian, (2) anatomi fisiologi sistem perkemihan, (3) identifikasi eliminasi normal, dan (4) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi kebiasaan berkemih. Mengingat sisa hasil metabolisme tubuh yang berupa feses merupakan kotoran yang bersifat toksin sehingga bisa meracuni apabila tidak segera dikeluarkan dari tubuh, hal ini anda sebagai perawat berperan untuk membantu memenuhi kebutuhan eliminasi klien.

Topik berikutnya Anda harus belajar lima langkah yang harus Anda pahami dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan eliminasi meliputi pengkajian, rumuskan diagnose keperawatan, intervensi dan implementasi dan evaluasi.

#### 1. Pengkajian

Peserta didik dalam melakukan pengkajian harus menggerakkan semua indra dan tenaga untuk melakukan pengkajian secara cermat baik melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik untuk menggali data yang akurat.

- a. Tanyakan riwayat keperawatan klien tentang pola berkemih, gejala dari perubahan berkemih, dan faktor yang mempengaruhi berkemih.
- b. Pemeriksaan fisik klien meliputi 1) abdomen, pembesaran, pelebaran pembuluh darah vena, distensi bladder, pembesaran ginjal, nyeri tekan, tenderness, bising usus, 2) genitalia: wanita, inflamasi, nodul, lesi, adanya secret dari meatus, kesadaran, antropi jaringan vagina, dan genitalia laki-laki: kebersihan, adanya lesi, tenderness, adanya pembesaran skrotum.
- c. Identifikasi Intake dan output cairan dalam (24 jam) meliputi pemasukan minum dan infuse, NGT, dan pengeluaran perubahan urine dari urinal, cateter bag, aimage ureteronomy, karakter urine: warna, kejernihan, bau, kepekatan.
- d. Pemeriksaan diagnostic :  
Pemeriksaan urine (urinalisis): Warna: (jernih kekuningan), Penampilan (N: jernih), Bau (N: beraroma), pH (N: 4,5-8,0), Berat jenis (N: 1,005-1,030), Glukosa (N: negatif), Keton (N: negatif), Kultur urine (N: kuman petogen negatif).

#### 2. Diagnosa Keperawatan

- a. Diagnosa Keperawatan I

Gangguan pola eliminasi urine: inkontinensia.

Definisi: Kondisi di mana seseorang tidak mampu mengendalikan pengeluaran urine, kemungkinan penyebab (berhubungan dengan): gangguan neuromuskuler, spasme bladder, trauma pelvic, infeksi saluran kemih, trauma medulla spinalis, kemungkinan klien mengalami (data yang ditemukan) : inkontinensia, keinginan berkemih yang

segera, sering ke toilet, menghindari minum, spame bladder, setiap berkemih kurang dari 100 ml atau lebih dari 550 ml.

Tujuan yang diharapkan:

- 1) Klien dapat mengontrol pengeluaran urine tiap 4 jam.
- 2) Tidak ada tanda-tanda retensi dan inkontinensia urine.
- 3) Klien berkemih dalam keadaan berkemih.

### 3. Intervensi

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1. Monitor keadaan bladder setiap 2 jam. dan kolaborasi dalam bladder training	1. Tingkatkan kekuatan otot bladder
2. Hindari faktor pencetus inkontinensia urine seperti cemas	2. Mengurangi atau menghindari inkontinensia
3. Kolaborasi dengan dokter dalam pengobatan dan kateterisasi	3. Menghindari faktor penyebab
4. Berikan penjelasan tentang: pengobatan, kateter, penyebab dan tindakan lainnya	4. Meningkatkan pengetahuan dan pasien lebih kooperatif

### 4. Implementasi

Implementasi atau tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi atau rencana yang telah di susun.

### 5. Kriteria evaluasi

Setelah membantu untuk klien lakukan evaluasi: Klien mampu mengontrol pengeluaran bladder setiap 4 jam, tanda dan gejala inkontinensian urine berkurang atau tidak ada.

#### b. Diagnosa Keperawatan II

Retensi urine:

Definisi: Kondisi di mana seseorang tidak mampu mengosongkan bladder secara tuntas.

Kemungkinan penyebab (berhubungan dengan): Obtruksi mekanik, pembesaran prostat, trauma, pembedahan, kehamilan.

Kemungkinan klien mengalami (data yang ditemukan): tidak tuntasnya pengeluaran urine, distensi bladder, hipertropi prostat, kanker, infeksi saluran kemih, pembesaran besar abdomen.

## 6. Intervensi

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1. Monitor keadaan bladder setiap 2 jam	1. Menentukan masalah
2. Ukur intake dan output cairan setiap 4 jam	2. Memonitor keseimbangan cairan
3. Berikan cairan 2.000 ml/hari dengan kolaborasi	3. Menjaga defisit cairan
4. Kurangi minum setelah jam 6 malam	4. Mencegah nokturia
5. Kaji dan monitor analisis urine elektrolit dan berat badan	5. Membantu keseimbangan cairan dan membantu mengembalikan energi
6. Lakukan latihan pergerakan dan lakukan relaksasi ketika duduk berkemih	6. Memperkuat fungsi bladder dan memperkuat otot pelvis
7. Kolaborasi dalam pemasangan kateter	7. Mengeluarkan urine

## 7. Implementasi

Implementasi atau tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi atau rencana yang telah di susun.

## 8. Implementasi

Setelah membantu untuk klien lakukan evaluasi: Klien mampu mengontrol pengeluaran bladder setiap 4 jam, tanda dan gejala retensi urine tidak ada.

# Latihan

### Kasus

Seseorang klien laki-laki, berumur 35 tahun, dirawat di ruang perawatan interne karena buang air besar terus menerus, dan mengeluh sakit perut terutama setiap buang air besar, frekuensi BAB 8-12 kali/hari, feses cair dan mengandung darah. Hasil pemeriksaan tensi 130/90 mmhg, nadi 80 kali/menit, intake cairan 200 ml/perhari dan tidak menunjukkan tanda-tanda dehidrasi.

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1) Pelajarilah kasus di bawah ini dengan cermat.
- 2) Susunlah dasar teori yang mendasari kasus tersebut
- 3) Susunlah asuhan keperawatan yang sesuai kasus tersebut dengan langkah-langkah sebagai berikut, 1) Lengkapi data pengkajian yang dibutuhkan, 2) tentukan diagnosa keperawatan sesuai prioritas, 3) susun rencana keperawatan dan rasionalnya, dan 4) susun kriteria evaluasi.
- 4) Kerjakan tugas ini setelah proses pembelajaran pada modul 5 ini selesai, kemudian peserta didik melakukan konsultasi 1 kali kepada dosen atau fasilitator.

- 5) Dosen atau fasilitator untuk memberikan umpan balik kepada peserta didik.

**Penilaian:**

	<b>Aspek</b>	<b>Bobot</b>
1.	Dasar teori terjadinya masalah	15%
2.	Pengajian secara relewan dan akurat	20%
3.	Merumuskan diagnosa (prioritas sesuai dan unsur diagnosa)	20%
4.	Perencanaan tindakan(tujuan, rencana dan rasional)	30%
5.	Tindakan (berada pada Bab 11)	
6.	Kriteria evaluasi	15%

## Ringkasan

Saudara telah mempelajari modul tentang asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine. Dengan demikian saudara sebagai perawat telah menguasai kompetensi untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi urine. Hal-hal yang penting yang sudah saudara pelajari dalam modul ini adalah sebagai berikut:

Tidak selamanya eliminasi urine berjalan lancar, kadang mengalami gangguan atau hambatan yang bisa disebabkan oleh faktor fisik, psikologis, sosialkultural, penyakit dan lain-lain. Gangguan eliminasi yang sering terjadi adalah inkontenensia, retensi urine, dan lain-lain. Masalah-masalah yang terjadi pada gangguan eliminasi urine harus segera ditanggulangi karena akan berdampak pada gangguan homeostasis tubuh. Dengan demikian sisa hasil metabolisme tubuh yang berupa urine merupakan kotoran yang bersifat toksin sehingga bisa meracuni apabila tidak segera dikeluarkan dari tubuh.

Dengan demikian peserta didik sebagai perawat, harus mampu dalam memberikan asuhan keperawatan pada gangguan eliminasi urine dengan menggunakan langkah-langkah sebagai berikut (1) melakukan pengkajian, (2) merumuskan diagnosa, (3) melakukan intervensi, (4) memberikan beberapa tindakan, dan (5) evaluasi.

## Tes 2

**Kasus**

Seorang laki-laki , umur 58 tahun dirawat di ruang bedah karena menderita pembesaran prostat. Laki-laki tersebut kesakitan setiap kali buang air kecil, sehingga laki-laki tersebut menahan kecing. Laki-laki tersebut merasa tidak tuntas pengeluaran urine meskipun baru kecing, Hasil pemeriksaan Tensi 130/90 mmhg, nadi 80 X/menit, intake cairan 200 ml/perhari, kecing sedikit.

- 1) Masalah keperawatan terjadi pada klien dengan gejala kecing sedikit-sedikit, kandung kemih penuh dan merasa kecing tidak tuntas adalah ....
- A. retensio urine

- B. enuresis
  - C. inkontinensia urine
  - D. poliuria
- 2) Tujuan intervensi pada klien dengan inkontinensia urine adalah ....
- A. klien dapat mengontrol pengeluaran urine secara bertahap
  - B. klien tidak dapat mengontrol pengeluaran urine secara bertahap
  - C. klien terjadi peningkatan pengeluaran urine
  - D. klien menunjukkan pengeluaran urine lebih sering
- 3) Perawat melakukan bladder training pada klien dengan inkontinensia urine, dengan tujuan ....
- A. meningkatkan pengeluaran urine
  - B. menguatkan otot dasar pelvis
  - C. menurunkan otot dasar pelvis
  - D. menurunkan kekuatan otot bladder
- 4) Perawat harus selalu memonitor setiap 2 keadaan bladder klien dengan retensio urine, dengan tujuan ....
- A. mengeluarkan urine
  - B. mencegah penurunan bladder
  - C. meningkatkan fungsi bladder
  - D. mencegah distensi bladder
- 5) Intervensi perawat pada klien dengan retensio urine adalah kolaborasi ....
- A. kolaborasi pemasangan kateter
  - B. kolaborasi pembatasan cairan
  - C. kolaborasi bladder training
  - D. kolaborasi pemberian diet

## **Kunci Jawaban Tes**

### *Tes 1*

- 1) A
- 2) B
- 3) D
- 4) A
- 5) C

### *Tes 2*

- 1) A
- 2) A
- 3) B
- 4) D
- 5) A

### **Penjelasan Tes Formatif 1**

- 1) Peradangan, iritasi organ kemih dan striktur uretra (penyempitan) , hal ini bisa meninggalkan retensi urine atau urine tertahan (destensi kandung kemih).
- 2) Rasa sakit dan kesulitan dalam berkemih misalnya disebabkan pada infeksi saluran kemih, trauma, dan striktur uretra disebut Dysuria.
- 3) Rasa sakit dan menahan saat berkemih pada laki-laki penyebab yang paling sering terjadi adalah striktur uretra (penyempitan) oleh karena Hipertropi prostat.
- 4) Jumlah urine yang dikeluarkan tergantung pada usia, intake cairan dan status kesehatan. Pada orang dewasa jumlah urine yang dikeluarkan sekitar 1.200 – 1.500 atau 150 samapi 600 ml/sekali miksi.
- 5) Bila seseorang mengalami ketidakmampuan otot spinter eksternal sementara atau menetap untuk mengontrol pengeluaran urine hal ini disebut inkotinensia urine.

### **Penjelasan Tes Formatif 2**

- 1) Klien dengan keadaan berbaring terus-menerus (immobilisasi) akan menurunkan peristaltik usus, sehingga terjadi peningkatan penyerapan air, sehingga faeses sulit dikeluarkan, keras dan mengedan, hal ini bisa menimbulkan masalah konstipasi ditan.
- 2) Latihan fisik yang baik secara aktif maupun pasif akan salah satu tindakan untuk membantu meningkatkan pergerakan usus sehingga bisa membantu mengatasi masalah konstipasi.
- 3) Asupan cairan yang cukup dan teratur ( adekuat ) bisa mengencerkan isi usus dan memudahkan pergerakan isi kolan.
- 4) Pada orang tertentu makanan yang berbumbu pedas ( intoleransi ) dapat mengiritasi usus dan menyebabkan seseorang diare atau banyak flatus.
- 5) Diet rendah serat dan lunak pada klien dengan diare ditujukan untuk mengurangi kerja usus dan menurunkan stimulasi bowel.

### **Tugas Mandiri:**

#### *Kasus 1*

Seseorang klien laki-laki, berumur 35 tahun, dirawat di ruang perawatan interne karena buang air besar terus menerus, dan mengeluh sakit perut terutama setiap buang air besar, frekuensi BAB 8-12 kali / hari , feses cair, mengandung darah. Hasil pemeriksaan Tensi

130/90 mmhg, nadi 80 X/menit, intake cairan 200 ml/perhari dan tidak menunjukkan tanda-tanda dehidrasi.

*Petunjuk:*

1. Pelajarilah kasus di bawah ini dengan cermat.
2. Susunlah dasar teori yang mendasari kasus tersebut
3. Susunlah asuhan keperawatan yang sesuai kasus tersebut dengan langkah-langkah sebagai berikut, 1) Lengkapi data pengkajian yang dibutuhkan, 2) tentukan diagnosa keperawatan sesuai prioritas, 3) Susun rencana keperawatan dan rasionalnya, 4) Susun kreteria evaluasi
4. Kerjakan tugas ini setelah proses pembelajaran pada modul 2 ini selesai, kemudian peserta didik melakukan konsultasi 1 kali kepada dosen atau fasilitator.
5. Dosen atau fasilitator untuk memberikan umpan balik kepada peserta didik.

**Penilaian:**

	<b>Aspek</b>	<b>Bobot</b>
1.	Dasar teori terjadinya masalah	15%
2.	Pengkajian secara relewan dan akurat	20%
3.	Merumuskan diagnosa (prioritas sesuai dan unsur diagnosa)	20%
4.	Perencanaan tindakan (tujuan, rencana dan rasional)	30%
5.	Tindakan (berada pada modul 5)	
6.	Kreteria evaluasi	15%

**Umpan balik**

Setelah Anda menguasai materi pada Bab 5 ini, kegiatan belajar Anda berikutnya adalah praktikum: Prosedur tindakan pemenuhan kebutuhan elemeniasi.

## **Daftar Pustaka**

- Alman. 2000. *Fundamental & Advanced Nursing Skill*. Canada: Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan, Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia I*. Jakarta: Salemba Medika.
- Elkin, et al. 2000. *Nursing Intervention and Clinical Skills*. Second Ed.
- Kozier, B. 1995. *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*. California: Addison Wesley.
- Perry,at al. 2005. *Keterampilan dan Prosedur Dasar Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Potter,P. 1998. *Fundamental of Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Potter & Perry. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep,Proses dan Praktik*. Edisi 4. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Tarwoto Wartonah. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Poltekkes Depkes Jakarta III. 2009. *Panduan Praktek KDM*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. 2012. *Modul Pembelajaran KDM*. Malang.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. 2012. *Modul Pemeriksaan Fisik dan Implikasinya dalam Keperawatan*. Malang.
- Wahid,IM dan Nurul, C. 2008. *Buku Ajar Kebutuhan dasar Manusia, Teori dan Aplikasi dalam Praktek*. Jakarta: Salemba Medika.

## **BAB VI**

# **ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN ELEMENASI BOWEL**

*Kasiati dan Ni Wayan Dwi Rosmalawati*

### **PENDAHULUAN**

Eliminasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang esensial dan berperan penting untuk kelangsungan hidup manusia. Eliminasi dibutuhkan untuk mempertahankan dalam keseimbangan fisiologis melalui pembuangan sisa-sisa metabolisme. Sisa metabolisme berupa eliminasi tersebut terbagi menjadi 2 dua jenis yaitu berupa feses yang berasal dari saluran cerna disebut eliminasi bowel/fekal/buang air besar (BAB) dan saluran perkemihan berupa urine disebut eliminasi urine/buang air kecil (BAK), hal ini bertujuan untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Eliminasi merupakan aktivitas pokok yang harus dilakukan setiap manusia dan harus terpenuhi, bila tidak terpenuhi akan menjadi berbagai macam gangguan yang berdampak pada pada gangguan sistem pencernaan dan sistem perkemihan.

Pada Bab ini terutama akan dibahas tentang eliminasi bowel terlebih dahulu, dan kemudian akan mempelajari tentang tentang konsep dasar eliminasi fekal dan asuhan keperawatan klien dengan gangguan fekal. Modul ini dikemas dalam dua kegiatan belajar yang bersifat *hard skill* tetapi juga *soft skill*. Penggunaan modul ini peserta didik dianggap sudah menguasai proses keperawatan dan keterampilan seperti pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital yang sudah dipelajari pada Bab 1, 2, dan 3.

Untuk mengetahui lebih lanjut tentang asuhan keperawatan klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi fekal, pada Bab 6 ini ada dua kegiatan belajar yang akan diuraikan dalam urutan sebagai berikut Topik 1: Konsep dasar eliminasi fekal yang terdiri dari review anatomi fisiologi pada eliminasi fekal , faktor-faktor yang mempengaruhi eliminasi fekal, masalah gangguan eliminasi fekal dan Topik 2: Proses keperawatan yang berisikan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan kriteria evaluasi.

Setelah mempelajari modul ini, peserta didik akan dapat, menjelaskan anatomi fisiologi eliminasi fekal, menjelaskan faktor-faktor mempengaruhi eliminasi fekal, mengidentifikasi masalah eliminasi fekal, melaksanakan proses keperawatan dengan melakukan pengkajian, menuliskan diagnosa, menyusun intervensi keperawatan, melakukan prosedur pemenuhan kebutuhan eliminasi (modul praktikum 11), dan menyusun kriteria evaluasi.

Diharapkan mahasiswa yang merupakan perawat mampu memberikan asuhan keperawatan untuk membantu klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi yaitu eliminasi fekal seperti konstipasi, *fecal impaction*, diare, dan lain-lain.

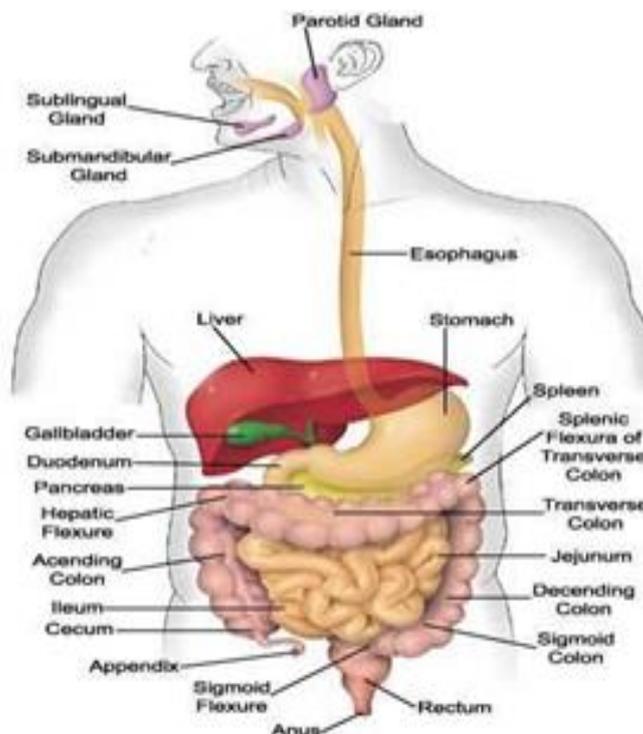
## **Topik 1**

### **Konsep Dasar Eleminasi Fekal**

Eliminasi bowel/fekal/Buang Air Besar (BAB) atau disebut juga defekasi merupakan proses normal tubuh yang penting bagi kesehatan untuk mengeluarkan sampah dari tubuh. Sampah yang dikeluarkan ini disebut feces atau stool. Eleminasi produk sisa pencernaan yang teratur, hal ini penting untuk normal tubuh. Fungsi usus tergantung pada keseimbangan berapa faktor, pola dan kebiasaan eleminasi. Eleminasi bowel merupakan salah satu bentuk aktivitas yang harus dilakukan oleh manusia Seseorang dapat melakukan buang air besar sangatlah bersifat individual ada yang satu kali atau lebih dalam satu hari, bahkan ada yang mengalami gangguan yaitu hanya 3-4 kali dalam satu minggu atau beberapa kali dalam sehari, perubahan eleminasi fekal dapat menyebabkan masalah gastrointestinal dan sistem tubuh lain, hal ini apa bila dibiarkan dapat menjadi masalah seperti konstipasi, fecal imfaction , hemoraid dan lain-lain.

Peran perawat sangat penting untuk memahami eleminasi normal, faktor yang meningkatkan dan menghambat, dan membantu mencegah terjadinya gangguan eleminasi fekal, Tindakan yang dilakukan perawat dalam upaya meningkatkan eleminasi normal dan membantu klien dengan segera untuk memenuhi kebutuhan eleminasi dengan meminimalkan rasa ketidaknyamanan.

#### **A. ANATOMI DAN FISILOGI**



*Gambar 6.1. Struktur dan anatomi pencernaan*

Saluran pencernaan terdiri dari dua bagian, yaitu bagian atas terdiri dari mulut, esophagus dan lambung dan bagian bawah terdiri dari usus halus dan besar. Agar lebih jelas bagi peserta didik ikutilah uraian tentang saluran bagian atas dan bawah berikut ini.

1. Saluran gastrointestinal bagian atas terdiri mulut, esophagus & lambung  
Makanan yang masuk ke mulut kita dicerna secara mekanik dan kimia, dengan bantuan gigi untuk mengunyah dan memecah makanan. Saliva mencairkan dan melunakkan bolus makanan sehingga mudah masuk esofagus menuju pada lambung. Dalam lambung makanan disimpan sementara, lambung melakukan ekresi asam hidroklorida (HCL), lendir, enzim pepsin dan faktor intrinsik. HCL mempengaruhi keasaman lambung dan keseimbangan asam-basa tubuh. Lendir melindungi mukosa dari keasaman, aktivitas enzim dan membantu mengubah makanan menjadi semi cair yang disebut kimus (chyme), lalu didorong ke usus halus.
2. Saluran gastrointestinal bagian bawah terdiri dari usus halus dan besar.
3. Saluran gastrointestinal atas meliputi, usus halus terdiri dari duodenum, jejunum, ileum, dengan diameter 2.5 cm dan panjang 6 m. Kimus bercampur dengan empedu dan amilase.  
Kebanyakan nutrisi dan elektrolit diabsorpsi duodenum dan jejunum, sedang ileum mengabsorpsi vitamin, zat besi dan garam empedu. Fungsi ileum terganggu maka proses pencernaan mengalami perubahan. Usus besar panjangnya 1.5 m merupakan organ utama dalam eliminasi fekal terdiri cecum, colon dan rectum. Kimus yang tidak diabsorpsi masuk sekum melalui katub ileosekal yang fungsinya katub ini untuk regurgitasi dan kembalinya isi kolon ke usus halus. Kolon mengabsorpsi air, nutrient, elektrolit, proteksi, sekresi dan eliminasi, sedangkan perubahan fungsi kolon bisa diare dan kontraksi lambat. Gerakan peristaltik 3-4 kl/hr dan paling kuat setelah makan. Rectum bagian akhir pada saluran pencernaan. Panjangnya bayi 2.5 cm, anak 7.5-10 cm, dewasa 15 – 20 cm, rektum tidak berisi feses sampai defekasi. Rektum dibangun lipatan jaringan berisi sebuah arteri dan vena, bila vena distensi akibat tekanan selama mengedan bisa terbentuk hemoroid yang menyebabkan defekasi terasa nyeri.
4. Usus sendiri mensekresi mucus, potassium, bikarbonat dan enzim, sekresi musin (ion karbonat) yang pengeluarannya dirangsang oleh nervus parasimpatis.
5. Chyme bergerak karena adanya peristaltik usus dan akan berkumpul menjadi feses di usus besar.  
Gas yang dihasilkan dalam proses pencernaan normalnya 400-700 ml/24 jam. Feses terdiri atas 75% air dan 25% padat, bakteri yang umumnya sudah mati, lepasan epithelium dari usus, sejumlah kecil zat nitrogen.

Jadi makanan sampai mencapai rectum normalnya diperlukan waktu 12 – 20 jam, isinya menjadi makin lunak bahkan bila terlalu lama maka akan semakin padat karena air diabsorpsi apabila tidak segera di keluarkan. Pada keadaan infeksi, reseksi bedah atau obstruksi dapat mengganggu peristaltik absorpsi berkurang dan aliran kimus terhambat. Saat emosi sekresi mucus akan meningkat berfungsi melindungi dinding usus dari aktivitas

bakteri, bila hal ini berlebihan akan meningkatkan peristaltik berdampak pada penyerapan feses yang cepat sehingga faeses menjadi encer, diare, absorpsi berkurang dan flatus.

Kesimpulan bahwa dorongan feses juga dipengaruhi oleh kontraksi abdomen, tekanan diafragma, dan kontraksi otot elevator. Defekasi dipermudah oleh fleksi otot femur dan posisi jongkok.

## **B. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI ELEMINASI FEKAL**

### **1. Usia**

Pada bayi sampai 2-3 tahun, lambung kecil, enzim kurang, peristaltic usus cepat, neuromuskuler belum berkembang normal sehingga mereka belum mampu mengontrol buang air besar (diare/ inkontinensia). Pada usia lanjut, sistem GI sering mengalami perubahan sehingga merusak proses pencernaan dan eliminasi (Lueckenotte, 1994), Perubahan yang terjadi yaitu gigi berkurang, enzim di saliva dan lambung berkurang, peristaltik dan tonus abdomen berkurang, serta melambatnya impuls saraf. Hal tersebut menyebabkan lansia berisiko mengalami konstipasi. Lansia yang dirawat di rumah sakit berisiko mengalami perubahan fungsi usus, dalam suatu penelitian ditemukan bahwa 91% insiden diare atau konstipasi dari 33 populasi, dengan usia rata-rata 76 tahun (Ross,1990).

### **2. Diet**

Asupan makanan setiap hari secara teratur membantu mempertahankan pola peristaltik yang teratur dalam kolon, sedangkan makanan berserat, berselulosa dan banyaknya makanan penting untuk mendukung volume fekal. Makan tinggi serat seperti buah apel, jeruk, sayur kangkung, bayam, mentimun, gandum, dan lain-lain.

Contoh bila makanan yang kita makan rendah serat menyebabkan peristaltik lambat, sehingga terjadi peningkatan penyerapan air di usus, hal ini berakibat seseorang mengalami konstipasi. Demikian juga seseorang dengan diet yang tidak teratur akan mengganggu pola defekasi dan makanan yang mengandung gas: bawang, kembang kol, dan kacang-kacangan. Laktosa, suatu bentuk karbohidrat sederhana yang ditemukan dalam susu: sulit dicerna bagi sebagian orang, hal ini disebabkan intoleransi laktose yang bisa mengakibatkan diare, distensi gas, dan kram.

### **3. Pemasukan Cairan**

Asupan cairan yang cukup bisa mengencerkan isi usus dan memudahkannya bergerak melalui kolon. Orang dewasa intake cairan normalnya: 2000-3000 ml/hari(6-8 gelas) . Jika intake cairan tidak adekuat atau pengeluaran yang berlebihan (urin/muntah) tubuh akan kekurangan cairan, sehingga tubuh akan menyerap cairan dari chyme sehingga faeces menjadi keras, kering, dan feses sulit melewati pencernaan, hal ini bisa menyebabkan seseorang mengalami konstipasi.

Minuman hangat dan jus buah bisa memperlunak feses dan meningkatkan peristaltik.

#### **4. Aktivitas**

Seseorang dengan latihan fisik yang baik akan membantu peristaltik meningkat, sementara imobilisasi menekan motilitas kolon. Ambulasi dini setelah klien menderita sakit dianjurkan untuk meningkatkan dan mempertahankan eliminasi normal. Contoh pada klien dengan keadaan berbaring terus-menerus akan menurunkan peristaltik usus, sehingga terjadi peningkatan penyerapan air, hal ini berdampak pada klien yaitu konstipasi atau fecal impaction.

Melemahnya otot dasar panggul, abdomen merusak kemampuan tekanan abdomen dan mengontrol sfingter eksterna, sedangkan tonus otot melemah atau hilang akibat penyakit yang lama atau penyakit neurologis merusak transmisi saraf yang menyebabkan gangguan eliminasi

#### **5. Faktor Psikologik**

Seseorang cemas, marah yang berlebihan akan meningkatkan peristaltik usus, sehingga seseorang bisa menyebabkan diare. Namun, ada pula seseorang dengan depresi, sistem saraf otonom akan memperlambat impuls saraf dan peristaltik usus menurun yang bisa menyebabkan konstipasi.

#### **6. Kebiasaan Pribadi**

Kebanyakan orang merasa lebih mudah dan nyaman defikasi di kamar mandi sendiri. Kebiasaan seseorang dengan melatih pola buang air besar (BAB) sejak kecil secara teratur maka seseorang tersebut akan secara teratur pola defikasinya atau sebaliknya. Individu yang sibuk, higiene toilet buruk, bentuk dan penggunaan toilet bersama-sama, klien di RS dengan penggunaan pispot, privasi kurang dan kondisi yang tidak sesuai, hal ini dapat mengganggu kebiasaan dan perubahan eliminasi yang dapat memulai siklus rasa tidak nyaman yang hebat. Refleks gastrokolik adalah refleks yang paling mudah distimulasi untuk menimbulkan defekasi setelah sarapan.

#### **7. Posisi Selama Defekasi**

Kebiasaan seseorang defikasi dengan posisi jongkok memungkinkan tekanan intraabdomen dan otot pahanya, sehingga memudahkan seseorang defikasi, pada kondisi berbeda atau sakit maka seseorang tidak mampu melakukannya, hal ini akan mempengaruhi kebiasaan seseorang menahan BAB sehingga bisa menyebabkan konstipasi atau fecal impaction. Klien imobilisasi di tempat tidur, posisi terlentang, defekasi seringkali dirasakan sulit. Membantu klien ke posisi duduk pada pispot akan meningkatkan kemampuan defekasi.

#### **8. Nyeri**

Secara normal seseorang defikasi tidak menimbulkan nyeri. Contoh seseorang dengan pengalaman nyeri waktu BAB seperti adanya hemoroid, fraktur os pubis, episiotomy akan mengurangi keinginan untuk BAB guna menghindari rasa nyeri yang akan timbul. Lama-kelamaan, kondisi ini bisa menyebabkan seseorang akhirnya terjadi konstipasi

## **9. Kehamilan**

Seiring bertambahnya usia kehamilan dan ukuran fetus, tekanan diberikan pada rektum, hal ini bisa menyebabkan obstruksi sementara yang mengganggu pengeluaran feses. Konstipasi adalah masalah umum yang terjadi pada trimester terakhir, sehingga wanita sering mengedan selama defekasi yang dapat menyebabkan terbentuknya hemoroid yang permanen.

## **10. Prosedur Diagnostik**

Klien yang akan dilakukan prosedur diagnostic biasanya dipuaskan atau dilakukan klisma dahulu agar tidak dapat BAB kecuali setelah makan. Tindakan ini dapat mengganggu pola eliminasi sampai klien dapat makanan secara normal. Prosedur pemeriksaan dengan menggunakan barium enema atau endoskopi, biasanya menerima katartik dan enema. Barium mengeras jika dibiarkan di saluran GI, hal ini bisa menyebabkan feses mengeras dan terjadi konstipasi atau fecal impaction. Klien harus menerima katartik untuk meningkatkan eliminasi barium setelah prosedur dilakukan, bila mengalami kegagalan pengeluaran semua barium maka klien perlu dibersihkan dengan menggunakan enema.

## **11. Operasi dan Anastesi**

Pemberian agens anastesi yang dihirup saat pembedahan akan menghambat impuls saraf parasimpatis ke otot usus, sehingga akan dapat menghentikan sementara waktu pergerakan usus (ileus paralitik). Kondisi ini dapat berlangsung selama 24 – 48 jam. Apabila klien tetap tidak aktif atau tidak dapat makan setelah pembedahan, kembalinya fungsi usus normal dapat terhambat lebih lanjut. Klien dengan anastesi lokal atau regional berisiko lebih kecil mengalami perubahan eliminasi.

## **12. Obat-obatan**

Seseorang menggunakan laksatif dan katartik dapat melunakkan feses dan meningkatkan peristaltik, akan tetapi jika digunakan dalam waktu lama akan menyebabkan penurunan tonus usus sehingga kurang responsif lagi untuk menstimulasi eliminasi fekal. Penggunaan laksatif berlebihan dapat menyebabkan diare berat yang berakibat dehidrasi dan kehilangan elektrolit. Minyak mineral untuk laksatif, bisa menurunkan absorpsi vitamin yang larut dalam lemak dan kemanjuran kerja obat dalam GI. Obat-obatan seperti disiklomin HCL (Bentyl) menekan gerakan peristaltik dan mengobati diare. Seseorang dengan mengkonsumsi obat analgesik, narkotik, morfin, kodein menekan gerakan peristaltik yang menyebabkan konstipasi. Obat antikolinergik, seperti atropin, glikopirolat (robinul) bisa menghambat sekresi asam lambung dan menekan motilitas saluran GI bisa menyebabkan konstipasi. Banyak obat antibiotik menyebabkan diare dengan mengganggu flora bakteri normal dalam saluran GI. Bila seseorang diare diberikan obat, kemudian diare semakin parah dan kram abdomen, obat yang diberikan pada klien mungkin perlu diubah.

### 13. Kondisi Patologi

Pada injuri spinal cord atau kepala dan gangguan mobilisasi, dapat menurunkan stimulasi sensori untuk defekasi. Buruknya fungsi spinal anal menyebabkan inkontinensia.

### 14. Irritans

Makanan berbumbu atau pedas, toxin bakteri atau racun dapat mengiritasi usus dan menyebabkan diare dan banyak flatus.

Faktor-faktor yang mempengaruhi defikasi seperti sebagaimana diuraikan di atas, apa bila tidak segera dicegah akan mengganggu defikasi klien. Agar lebih jelasnya peserta didik harus mengetahui masalah yang menyebabkan gangguan eliminasi fekal sehingga bisa mencari penyebabnya sebagai berikut :

## C. MASALAH-MASALAH GANGGUAN ELIMINASI FEKAL .

### 1. Konstipasi

Konstipasi adalah penurunan frekuensi defekasi, yang diikuti oleh pengeluaran feses yang lama atau keras, kering dan disertai upaya mengedan saat defekasi.



*Gambar 6.2. Tanda-tanda konstipasi*

Tanyakan pada diri anda sendiri apakah saudara pernah mengalami menurunnya frekuensi BAB hingga beberapa hari, disertai dengan pengeluaran faeces yang sulit, keras dan mengedan. Dan dapat menyebabkan nyeri rectum, keadaan ini di sebut konstipasi. Konstipasi merupakan gejala, bukan merupakan penyakit. Kondisi ini terjadi karena faeces berada di intestinal lebih lama, sehingga banyak air diserap. Biasanya disebabkan oleh pola defikasi yang tidak teratur, penggunaan laksatif yang lama, stress psikologis, obat-obatan, kurang aktivitas dan faktor usia.

Setiap individu mempunyai pola defekasi individual yang harus dikaji perawat, tidak setiap orang dewasa memiliki pola defekasi setiap hari (Ebersole dan Hess,1994). Defikasi hanya setiap 4 hari sekali atau lebih dianggap tidak normal (Lueckenotte,1994). Pola defekasi yang biasanya setiap 2-3 hari sekali, tanpa kesulitan, nyeri atau perdarahan dapat dianggap untuk lansia (Ebersole dan Hess,1994; Lueckenotte,1994).

Mengedan selama defekasi menimbulkan masalah pada klien baru pembedahan abdomen, genekologi, rektum hal ini dapat menyebabkan jahitan terpisah sehingga luka terbuka. Klien dengan riwayat kardiovaskuler, glaukoma, dan peningkatan tekanan intrakranial harus mencegah konstipasi dan hindari penggunaan manuver valsalva dengan menghembuskan nafas melalui mulut selama mengedan.

## 2. Fecal Impaction



Gambar 6.3. Keadaan *fecal impaction*

Fecal Impaction atau impaksi feses akibat dari konstipasi yang tidak diatasi. Impaksi adalah kumpulan feses yang mengeras, mengendap di dalam rektum, hal ini tidak dapat dikeluarkan. Feses yang keras di kolon dan lipatan sigmoid yang diakibatkan oleh retensi dan akumulasi material feses yang berkepanjangan.

Klien menderita kelemahan, tidak sadar hal ini paling berisiko mengalami impaksi karena tidak sadar akan kebutuhan defekasi. Biasanya juga disebabkan oleh konstipasi, intake cairan kurang, kurang aktivitas, diet rendah serat dan kelemahan tonus otot.

Tanda yang bisa saudara identifikasi adalah: tidak BAB beberapa hari, walaupun ada keinginan untuk defekasi, anoreksia, kembung/kram nyeri rectum.

Perawat yang mencurigai klien dengan impaksi, maka perlu melakukan pemeriksaan secara manual dengan memasukkan ke dalam rektum dan memalpasi masa yang terimpaksi.

## 3. Diare

Diare adalah meningkatnya frekuensi buang air besar dan pengeluaran feses yang cair dan tidak terbentuk (Lueckenotte,1994). Diare adalah gejala gangguan proses pencernaan, absorpsi dan sekresi dalam saluran GI, akibatnya cyme melewati usus terlalu cepat, sehingga usus besar tidak mempunyai waktu untuk menyerap air.

Diare dapat disebabkan karena stress fisik, obat-obatan, alergi penyakit kolon dan iritasi intestinal. Diare seringkali sulit dikaji pada bayi, seperti bayi menerima susu botol pengeluaran feses pada setiap 2 hari sekali, sementara bayi yang menyusui ibunya dapat mengeluarkan feses lunak dalam jumlah kecil 5 – 8 kl/hari.

Akibat pada seseorang diare adalah gangguan elektrolit dan kulit terganggu, terutama pada bayi dan orang tua. Diare secara berulang bisa mengiritasi perineum dan bokong, maka diperlukan perawatan kulit yang cermat untuk mencegah kerusakan kulit dan dibutuhkan drainase feses.

#### 4. Inkontinensia Bowel/Fecal/Alvi

Inkontinensia feses adalah hilangnya kemampuan otot untuk mengontrol pengeluaran feses dan gas dari anus. Kerusakan spinter anus akibat kerusakan fungsi spinter atau persarafan di daerah anus yang menyebabkan inkontinensia. Penyebabnya penyakit neuromuskuler, trauma spinal cord dan tumor spinter anus eksternal, 60% usila inkontinensi.



Gambar 6.4. Inkontinensia

Inkontinensia dapat membahayakan citra tubuh dan mental klien, maka klien sangat tergantung pada perawat untuk memenuhi kebutuhannya. Perawat harus mengerti dan sabar meskipun berulang-ulang kali membereskannya. Seperti diare, inkontinensia bisa menyebabkan kerusakan kulit. Jadi perawat harus sering memeriksa perineum dan anus, apakah kering dan bersih.

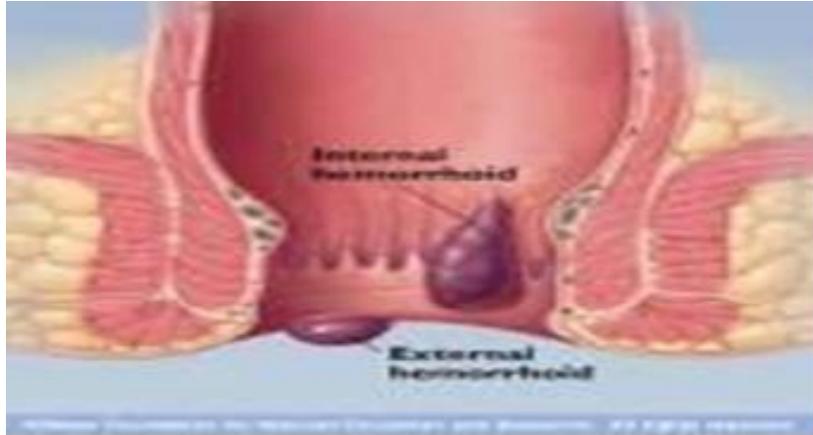
#### 5. Kembung

Kembung merupakan menumpuknya gas pada lumen intestinal sehingga dinding usus meregang dan distensi, dapat disebabkan karena konstipasi, penggunaan obat-obatan seperti barbiturate, ansietas. Penurunan aktivitas intestinal, makan banyak mengandung gas, pemecahan makanan oleh bakteri-bakteri dan efek anastesi.

#### 6. Hemeroid

Pembengkakan atau pelebaran vena pada dinding rectum (bisa internal dan eksternal) akibat peningkatan tekanan didaerah tersebut Penyebabnya adalah konstipasi kronis, kehamilan, dan obisitas .

Jika terjadi inflamasi dan pengerasan, maka klien merasa panas dan rasa gatal. Kadang-kadang BAB dilupakan oleh klien, karena saat BAB menimbulkan nyeri. Akibat lanjutannya adalah konstipasi.



*Gambar 6.5. Keadaan hemoroid*

## Latihan

- 1) Sebutkan tanda-tanda pasien mengalami konstipasi?
- 2) Sebutkan tanda-tanda pasien mengalami diare?

## Ringkasan

Saudara telah mempelajari modul tentang asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi fekal. Dengan demikian saudara sebagai perawat telah menguasai kompetensi untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi fekal. Hal-hal yang penting yang sudah saudara pelajari dalam modul ini adalah sebagai berikut:

Tidak selamanya eliminasi fekal berjalan lancar, kadang mengalami gangguan atau hambatan yang bisa disebabkan oleh faktor fisik, psikologis, sosialkultural, penyakit dan lain-lain. Gangguan eliminasi yang sering terjadi adalah Konstipasi, Obstipasi, dan lain-lain. Masalah-masalah yang terjadi pada gangguan eliminasi fekal harus segera ditanggulangi karena akan berdampak pada gangguan homeostasis tubuh. Dengan demikian sisa hasil metabolisme tubuh yang berupa feses merupakan kotoran yang bersifat toksin sehingga bisa meracuni apabila tidak segera dikeluarkan dari tubuh.

Dengan demikian peserta didik sebagai perawat, harus mampu dalam memberikan asuhan keperawatan pada gangguan eliminasi fekal dengan menggunakan langkah-langkah sebagai berikut, 1) melakukan pengkajian, 2) merumuskan diagnosa, 3) melakukan intervensi, 4) memberikan beberapa tindakan dan 5) evaluasi.

## Tes 1

- 1) Defekasi adalah ....
  - A. Pengeluaran urine ke meatus eksterna
  - B. Proses pembentukan feses
  - C. Terkumpulnya feses di rektum
  - D. Pengeluaran feses dari anus
  - E. Proses terbentuknya gas pada colon
  
- 2) Tn Mora (20 Th) masuk di ruang IRD RS Labuang Baji dengan keluhan tidak BAB selama 2 minggu, keluhan lain yang dirasakan adalah pusing, dan mual, pada pemeriksaan fisik tampak adanya distensi abdomen dan terdengar bunyi tympani ketika diperkusi. Dari data menunjukkan bahwa Tn Mora mengalami ....
  - A. Konstipasi
  - B. Defekasi
  - C. Diare
  - D. Obstipasi
  - E. Inkontinensia Alvi
  
3. Apabila keadaan diatas tidak diatasi segera, maka dapat menimbulkan hal-hal dibawah ini ....
  - A. Feses akan terlumasi kembali oleh cairan usus
  - B. Penyerapan kembali zat-zat buangan yang bisa menimbulkan toksik pada otak
  - C. Feses akan tereliminasi oleh gerakan peristaltik usus
  - D. Refleks-refleks defekasi akan mengalami kerusakan
  - E. Dapat menimbulkan radang usus
  
- 4) Tindakan Keperawatan yang tidak tepat untuk mengatasi masalah Tn Mora adalah ....
  - A. Anjurkan minum air hangat setelah bangun tidur
  - B. Diet makanan tinggi serat
  - C. Latihan bowel training
  - D. Anjurkan melakukan aktivitas ringan sesuai kemampuan
  - E. Kolaborasi dengan tim medis untuk tindakan huknah
  
- 5) Kecepatan peristaltik usus ....
  - A. 1 – 5 x/menit
  - B. 5 – 35 x/menit
  - C. 5 – 45 x/menit
  - D. 10 – 25 x/menit
  - E. > 50 x/menit

- 6) Defekasi lebih dari 3 kali sehari dengan konsistensi encer disebut...
- A. Konstipasi
  - B. Defekasi
  - C. Diare
  - D. Flatus
  - E. Inkontinensia Alvi
- 7) Iritasi kolon menyebabkan peningkatan gelombang peristaltik usus yang melebihi proses absorpsi, keadaan ini mengakibatkan ....
- A. Feses tidak terbentuk
  - B. Feses mengering
  - C. Kesulitan mengeluarkan BAB
  - D. Frekuensi Pengeluaran feses meningkat dari biasanya dengan konsistensi encer
  - E. Defekasi normal
- 8) Eliminasi BAB dipengaruhi oleh faktor-faktor, *kecuali* ....
- A. Intake cairan
  - B. Aktivitas fisik
  - C. Diet
  - D. Gaya hidup
  - E. Pola Makan

## Topik 2

### Proses Keperawatan

Ada lima langkah yang harus anda pahami dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan eliminasi meliputi pengkajian, rumuskan diagnose keperawatan, intervensi dan implementasi dan evaluasi

#### A. PENGKAJIAN

Peserta didik dalam melakukan pengkajian harus menggerakkan semua indra dan tenaga untuk melakukan pengkajian secara cermat baik melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik untuk mengali data yang akurat.

##### 1. Riwayat Keperawatan

Tanyakan pada pasien tentang kebiasaan atau pola defikasi seperti frekuensi, waktunya, perilaku defikasi, seperti penggunaan laksatif, kapan berakhir BAB, karakteristik feses seperti: warna bau dan tekstur, diet yang biasa dimakan dan yang dihindari, cairan yang di minum baik jenis maupun jumlah, aktivitas yang dilakukan, penggunaan obat-obatan, stres yang berkepanjangan dan riwayat pembedahan dan penyakit.

##### 2. Pemeriksaan Fisik

Periksalah pasien pada abdomen apakah terjadi distensi, simetris, gerakan peristaltik dan adanya massa pada perut, sedangkan pada rectum dan anus meliputi tanda-tanda inflamasi, perubahan warna, lesi fistula, hemorroid dan adanya massa.

##### 3. Keadaan Feses

Lakukan identifikasi feses meliputi konsistensi, bentuk, bau, warna, jumlah dan unsur abnormal. Warna: bayi (kuning), dewasa (coklat). Bau : khas, tergantung dari tipe makanan. Konsistensi: padat, lunak. Frekuensi: tergantung individunya, biasanya bayi (4-6 kali sehari), bayi PASI (1-3 kali sehari), dewasa (1-3 kali per minggu). Jumlah: 150 gram sehari (dewasa). Ukuran: tergantung diameter rectum.

##### 4. Pemeriksaan Laboratorium dan Diagnostic

Endoskopi, protoksigmoidoskopi merupakan prosedur pemeriksaan dengan memasukan alat ke dalam cerna bagian bawah untuk mengevaluasi kolon dan sekum terhadap peradangan, perdarahan dan diare.

## **B. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

### **Diagnosa Keperawatan 1**

Konstipasi (aktual atau risiko)

Definisi: Seorang mengalami perubahan pola defekasi dengan karakteristik penurunan frekuensi buang air besar dan feses yang keras, kemungkinan penyebabnya (berhubungan dengan): immobilisasi, aktivitas menurun, ileus, stress, mobilisasi intestinal menurun dan pembatasan diet, kemungkinan klien mengalami, anemi, hipotiroidisme, dialysis ginjal, pembedaan, paralisis, cedera spinal cord, kemungkinan tanda-tanda yang ditemukan pada klien: bising usus menurun, mual, nyeri abdomen, massa pada abdomen kiri bawah, perubahan konsistensi feses, frekuensi BAB.

Tujuan yang diharapkan :

Pasien kembali ke pola normal dari fungsi bowel dan perubahan pola hidup untuk menurunkan faktor penyebab konstipasi, kriteria

Evaluasi: konsistensi feces lunak, pola defekasi normal, distensi abdomen tidak ada, flatus, defekasi nyaman.

## **C. INTERVENSI**

### **1. Intervensi**

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1. Monitor keadaan bladder setiap 2 jam. dan kolaborasi dalam <i>bladder training</i>	1. Tingkatkan kekuatan otot bladder
2. Hindari faktor pencetus inkontinensia urine seperti cemas	2. Mengurangi atau menghindari inkontinensia
3. Kolaborasi dengan dokter dalam pengobatan dan kateterisasi	3. Menghindari faktor penyebab
4. Berikan penjelasan tentang: pengobatan, kateter, penyebab dan tindakan lainnya	4. Meningkatkan pengetahuan dan pasien lebih kooperatif

### **2. Implementasi**

Implementasi atau tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi atau rencana yang telah di susun.

### **3. Kriteria evaluasi**

Setelah membantu untuk klien lakukan evaluasi : Klien mampu mengontrol pengeluaran bladder setiap 4 jam, tanda dan gejala inkontinensian urine berkurang atau tidak ada.

**Diagnosa Keperawatan II**

Retensi urine :

Definisi: Kondisi di mana seseorang tidak mampu mengosongkan bladder secara tuntas.

Kemungkinan penyebab (berhubungan dengan) : Obtruksi mekanik, pembesaran prostat, trauma, pembedahan, kehamilan.

Kemungkinan klien mengalami (data yang ditemukan): tidak tuntasnya pengeluaran urine, distensi bladder, hipertropi prostat, kanker, infeksi saluran kemih, pembesaran besar abdomen.

**1. Intervensi**

<b>Intervensi</b>	<b>Rasional</b>
1. Monitor keadaan bladder setiap 2 jam	1. Menentukan masalah
2. Ukur intake dan output cairan setiap 4 jam	2. Memonitor keseimbangan cairan
3. Berikan cairan 2.000 ml/hari dengan kolaborasi	3. Menjaga defisit cairan
4. Kurangi minum setelah jam 6 malam	4. Mencegah nokturia
5. Kaji dan monitor analisis urine elektrolit dan berat badan	5. Membantu keseimbangan cairan dan membantu mengembalikan energi
6. Lakukan latihan pergerakan dan lakukan relaksasi ketika duduk berkemih	6. Memperkuat fungsi bladder dan memperkuat otot pelvis
7. Kolaborasi dalam pemasangan kateter	7. Mengeluarkan urine

**2. Implementasi**

Implementasi atau tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi atau rencana yang telah di susun.

**3. Implementasi**

Setelah membantu untuk klien lakukan evaluasi: Klien mampu mengontrol pengeluaran bladder setiap 4 jam, tanda dan gejala retensi urine tidak ada.

**Latihan**

**Kasus**

Seseorang klien laki-laki, berumur 35 tahun, dirawat di ruang perawatan interne karena buang air besar terus menerus, dan mengeluh sakit perut terutama setiap buang air besar, frekuensi BAB 8-12 kali / hari , feses cair dan mengandung darah. Hasil pemeriksaan tensi

130/90 mmhg, nadi 80 X/menit, intake cairan 200 ml/perhari dan tidak menunjukkan tanda-tanda dehidrasi.

*Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1) Pelajarilah kasus di bawah ini dengan cermat.
- 2) Susunlah dasar teori yang mendasari kasus tersebut
- 3) Susunlah asuhan keperawatan yang sesuai kasus tersebut dengan langkah-langkah sebagai berikut (a) lengkapi data pengkajian yang dibutuhkan, (b) tentukan diagnosa keperawatan sesuai prioritas, (c) susun rencana keperawatan dan rasionalnya, dan (d) susun kriteria evaluasi.
- 4) Kerjakan tugas ini setelah proses pembelajaran pada Bab 5 ini selesai, kemudian peserta didik melakukan konsultasi 1 kali kepada dosen atau fasilitator.
- 5) Dosen atau fasilitator untuk memberikan umpan balik kepada peserta didik.

Penilaian:

	<b>Aspek</b>	<b>Bobot</b>
1.	Dasar teori terjadinya masalah	15 %
2.	Pengkajian secara relewan dan akurat	20 %
3.	Merumuskan diagnosa (prioritas sesuai dan unsur diagnosa)	20 %
4.	Perencanaan tindakan (tujuan, rencana dan rasional)	30 %
5.	Tindakan ( berada pada Bab 11)	
6.	Kriteria evaluasi	15 %

## **Ringkasan**

Saudara telah mempelajari modul tentang asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi urine. Dengan demikian saudara sebagai perawat telah menguasai kompetensi untuk membantu klien dalam memenuhi kebutuhan eliminasi urine. Hal-hal yang penting yang sudah saudara pelajari dalam modul ini adalah sebagai berikut.

Tidak selamanya eliminasi urine berjalan lancar, kadang mengalami gangguan atau hambatan yang bisa disebabkan oleh faktor fisik, psikologis, sosialkultural, penyakit dan lain-lain. Gangguan eliminasi yang sering terjadi adalah inkontenensia, retensi urine, dan lain-lain. Masalah-masalah yang terjadi pada gangguan eliminasi urine harus segera ditanggulangi karena akan berdampak pada gangguan homeostasis tubuh. Dengan demikian sisa hasil metabolisme tubuh yang berupa urine merupakan kotoran yang bersifat toksin sehingga bisa meracuni apabila tidak segera dikeluarkan dari tubuh.

Dengan demikian peserta didik sebagai perawat, harus mampu dalam memberikan asuhan keperawatan pada gangguan eliminasi urine dengan menggunakan langkah-langkah sebagai berikut (1) melakukan pengkajian, (2) merumuskan diagnosa, (3) melakukan intervensi, (4) memberikan beberapa tindakan, dan (5) evaluasi.

## Tes 2

### Kasus

Seorang laki-laki, umur 58 tahun dirawat di ruang bedah karena menderita pembesaran prostat. Laki-laki tersebut kesakitan setiap kali buang air kecil, sehingga laki-laki tersebut menahan kencing. Laki-laki tersebut merasa tidak tuntas pengeluaran urine meskipun baru kencing. Hasil pemeriksaan Tensi 130/90 mmhg, nadi 80 kali/menit, intake cairan 200 ml/perhari, kencing sedikit.

- 1) Masalah keperawatan terjadi pada klien dengan gejala kencing sedikit-sedikit, kandung kemih penuh dan merasa kencing tidak tuntas adalah ....
  - A. retensio urine
  - B. enuresis
  - C. inkontinensia urine
  - D. poliuria
  
- 2) Tujuan intervensi pada klien dengan inkontinensia urine adalah ....
  - A. klien dapat mengontrol pengeluaran urine secara bertahap
  - B. klien tidak dapat mengontrol pengeluaran urine secara bertahap
  - C. klien terjadi peningkatan pengeluaran urine
  - D. klien menunjukkan pengeluaran urine lebih sering
  
- 3) Perawat melakukan bladder training pada klien dengan inkontinensia urine, dengan tujuan ....
  - A. meningkatkan pengeluaran urine
  - B. menguatkan otot dasar pelvis
  - C. menurunkan otot dasar pelvis
  - D. menurunkan kekuatan otot bladder
  
- 4) Perawat harus selalu memonitor setiap 2 keadaan bladder klien dengan retensio urine, dengan tujuan ....
  - A. mengeluarkan urine
  - B. mencegah penurunan bladder
  - C. meningkatkan fungsi bladder
  - D. mencegah distensi bladder
  
- 5) Intervensi perawat pada klien dengan retensio urine adalah kolaborasi ....
  - A. kolaborasi pemasangan kateter
  - B. kolaborasi pembatasan cairan
  - C. kolaborasi bladder training
  - D. kolaborasi pemberian diet

## Kunci Jawaban Tes

### Tes 1

- 1) D
- 2) A
- 3) D
- 4) B
- 5) B
- 6) C
- 7) D
- 8) D

### Tes 2

- 1) A
- 2) A
- 3) B
- 4) D
- 5) A

### TUGAS MANDIRI :

#### Kasus 1

Seseorang klien laki-laki, berumur 35 tahun, dirawat di ruang perawatan interne karena buang air besar terus menerus, dan mengeluh sakit perut terutama setiap buang air besar, frekuensi BAB 8-12 kali/ hari , feses cair, mengandung darah, . Hasil pemeriksaan Tensi 130/90 mmhg, nadi 80 kali/menit, intake cairan 200 ml/perhari dan tidak menunjukkan tanda-tanda dehidrasi.

#### Petunjuk :

1. Pelajarilah kasus di bawah ini dengan cermat.
2. Susunlah dasar teori yang mendasari kasus tersebut
3. Susunlah asuhan keperawatan yang sesuai kasus tersebut dengan langkah-langkah sebagai berikut, 1) Lengkapi data pengkajian yang dibutuhkan, 2) tentukan diagnosa keperawatan sesuai prioritas, 3) Susun rencana keperawatan dan rasionalnya, 4) Susun kreteria evaluasi
4. Kerjakan tugas ini setelah proses pembelajaran pada topik 2 ini selesai, kemudian peserta didik melakukan konsultasi 1 kali kepada dosen atau fasilitator.
5. Dosen atau fasilitator untuk memberikan umpan balik kepada peserta didik.

## ✍ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ✍ ■

### Penilaian:

	<b>Aspek</b>	<b>Bobot</b>
1.	Dasar teori terjadinya masalah	15%
2.	Pengajian secara relewan dan akurat	20%
3.	Merumuskan diagnosa (prioritas sesuai dan unsur diagnosa)	20%
4.	Perencanaan tindakan (tujuan, rencana dan rasional)	30%
5.	Tindakan (berada pada modul 5)	
6.	Kreteria evaluasi	15%

### Umpan balik

Setelah Anda menguasai materi pada Bab 5 ini, kegiatan belajar anda berikutnya adalah praktikum: Prosedur tindakan pemenuhan kebutuhan elemeniasi (Pembelajaran Bab 11).

## Daftar Pustaka

- Alman. 2000. *Fundamental & Advanced Nursing Skill*. Canada: Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan, Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia I*. Jakarta: Salemba Medika.
- Elkin, et al. 2000. *Nursing Intervention and Clinical Skills*. Second Ed.
- Kozier, B. 1995. *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*. California: Addison Wesley.
- Perry,at al. 2005. *Keterampilan dan Prosedur Dasar*. Jakarta: Kedokteran, EGC.
- Potter, P. 1998. *Fundamental of Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Potter & Perry. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep,Proses dan Praktik*. Edisi 4. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Tarwoto Wartonah. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Poltekkes Depkes Jakarta III .2009. *Panduan Praktek KDM*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. 2012. *Modul Pembelajaran KDM*. Malang.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. 2012. *Modul Pemeriksaan Fisik dan Implikasinya dalam Keperawatan*. Malang.
- Wahid, IM dan Nurul, C. 2008. *Buku Ajar Kebutuhan dasar Manusia, Teori dan Aplikasi dalam Praktek*. Jakarta: Salemba Medika.

## **BAB VII**

# **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN ISTIRAHAT DAN TIDUR**

*Ni Wayan Dwi Rosmalawati dan Kasiati*

### **PENDAHULUAN**

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang mutlak harus dipenuhi oleh semua orang. Dengan istirahat dan tidur yang cukup, tubuh baru dapat berfungsi secara optimal. Istirahat dan tidur sendiri memiliki makna yang berbeda pada setiap individu. Secara umum, istirahat berarti suatu keadaan tenang, rileks, santai, tanpa tekanan emosional, dan bebas dari perasaan gelisah.

Setiap orang membutuhkan istirahat dan tidur agar dapat mempertahankan status kesehatan pada tingkat yang optimal. Selain itu proses tidur dapat memperbaiki berbagai sel dalam tubuh.

Pemenuhan istirahat dan tidur sangat diperlukan terutama bagi orang yang sedang sakit agar lebih cepat memperbaiki kerusakan pada sel. Apabila kebutuhan istirahat dan tidur cukup, maka jumlah energi yang diharapkan untuk memulihkan status kesehatan dan mempertahankan kegiatan dalam kehidupan sehari-hari terpenuhi. Selain itu orang yang mengalami kelelahan juga membutuhkan istirahat dan tidur lebih dari biasanya.

Ketika orang beristirahat, biasanya mereka merasa relaks secara mental, bebas dari kecemasan dan tenang secara fisik. Istirahat tidak berarti tanpa aktivitas, meskipun setiap orang sering berpikir tentang hal itu seperti duduk di kursi yang nyaman atau berbaring di tempat tidur. Ketika orang beristirahat mereka berada pada aktivitas mental dan fisik yang menyegarkan, mereka kembali bergairah dan siap untuk menyelesaikan aktivitas hari itu. Setiap orang memiliki kebiasaan mereka sendiri untuk memperoleh istirahat dan menemukan cara-cara untuk menyesuaikan sebaik mungkin dengan lingkungan yang baru atau kondisi yang mempengaruhi kondisi istirahat.

Tidur adalah suatu keadaan yang berulang-ulang, perubahan status kesadaran yang terjadi selama periode tertentu. Jika orang memperoleh tidur yang cukup, mereka merasa tenaganya telah pulih kembali. Beberapa ahli tidur yakin bahwaperasaan tenaga yang pulih ini menunjukkan bahwa tidur memberikan waktu untuk perbaikan dan penyambuhan sistem tubuh untuk periode keterjagaan yang berikutnya.

## Topik 1

### Konsep Tidur

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang mutlak harus dipenuhi oleh semua orang. Dengan istirahat dan tidur yang cukup, tubuh baru dapat berfungsi secara optimal. Istirahat dan tidur sendiri memiliki makna yang berbeda pada setiap individu. Secara umum, istirahat berarti suatu keadaan tenang, rileks, santai, tanpa tekanan emosional, dan bebas dari perasaan gelisah. Jadi, beristirahat bukan berarti tidak melakukan aktivitas sama sekali. Terkadang, berjalan-jalan di taman juga bisa dikatakan sebagai suatu bentuk istirahat.

Sedangkan tidur adalah status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun. Tidur dikarakteristikan dengan aktivitas fisik yang minimal, tingkat kesadaran yang bervariasi, perubahan proses fisiologis tubuh, dan penurunan respons terhadap stimulus eksternal. Tidur dapat memulihkan atau mengistirahatkan fisik setelah seharian beraktivitas, mengurangi stress dan kecemasan, serta dapat meningkatkan kemampuan dan konsentrasi saat hendak melakukan aktivitas sehari-hari. Kesempatan untuk istirahat dan tidur sama pentingnya dgn kebutuhan makan, aktivitas maupun kebutuhan dasar lainnya.

#### A. PENGERTIAN

##### 1. Istirahat

Keadaan tenang, relaks, tanpa tekanan emosional dan bebas dari perasaan gelisah.

Istirahat bukan berarti tidak melakukan aktivitas sama sekali, tapi juga kondisi yang membutuhkan ketenangan. Terkadang, jalan-jalan di taman, nonton tv, dan sebagainya juga dapat dikatakan sebagai bentuk istirahat. Keadaan istirahat berarti berhenti sebentar untuk melepaskan lelah, bersantai untuk menyegarkan diri, atau suatu keadaan untuk melepaskan diri dari segala hal yang membosankan, menyulitkan bahkan menjengkelkan (Alimul, 2006).

##### a. Karakteristik istirahat

Terdapat beberapa karakteristik istirahat, misalnya Narrow (1967), yang dikutip Perry dan Potter 1993, (dalam Alimul 2006), mengemukakan ada 6 karakteristik, yaitu:

- 1) merasakan bahwa segala sesuatunya dapat diatasi;
- 2) merasa diterima;
- 3) mengetahui apa yang sedang terjadi;
- 4) bebas dari gangguan ketidaknyamanan;
- 5) mempunyai sejumlah kepuasan terhadap aktivitas yang mempunyai tujuan;
- 6) mengetahui adanya bantuan sewaktu memerlukan.

b. *Meningkatkan istirahat*

Banyak faktor yang mempengaruhi kemampuan untuk memperoleh istirahat yang cukup. Dalam kesehatan komunitas dan rumah, perawat membantu klien mengembangkan perilaku istirahat dan relaksasi. Hal ini mencakup saran-saran perubahan lingkungan atau kebiasaan gaya hidup tertentu. Sebagai contoh: perhatian yang tidak mencukupi terhadap kebutuhan tidur diantara pekerja dewasa adalah masalah utama dalam masyarakat kita.

## 2. Tidur

Status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun.

Tidur juga dikatakan merupakan keadaan tidak sadar dimana individu dapat dibangunkan oleh stimulus atau sensoris yang sesuai (Guyton, 1986 dalam Alimul 2006), atau juga dapat dikatakan sebagai keadaan tidak sadarkan diri yang relatif, bukan hanya keadaan penuh ketenangan tanpa kegiatan, tetapi lebih merupakan suatu urutan siklus yang berulang, dengan ciri adanya aktivitas yang minimum, memiliki kesadaran yang bervariasi, terdapat perubahan proses fisiologis dan terjadi penurunan respons terhadap rangsangan dari luar.

Nah.. teman-teman bisa membedakan kan...antara istirahat dan tidur? Bisa dikatakan kalau orang istirahat itu tidak selalu tidur namun kalau orang tidur pasti istirahat. Untuk lebih jelasnya mari kita lanjutkan pembahasan kita ke bagaimana kita bisa tidur dalam fisiologi tidur.

## B. FISILOGI TIDUR

Aktivitas tidur diatur dan dikontrol oleh dua system pada batang otak, yaitu: *Reticular Activating System (RAS)* dan *Bulbar Synchronizing Region (BSR)*. RAS di bagian atas batang otak diyakini memiliki sel-sel khusus yang dapat mempertahankan kewaspadaan dan kesadaran, memberi stimulus visual, pendengaran, nyeri, dan sensori raba serta emosi dan proses berfikir. Pada saat sadar, RAS melepaskan katekolamin, sedangkan pada saat tidur terjadi pelepasan serum serotonin dari BSR. (Hidayat, 2008).

### Ritme Sirkadian

Setiap makhluk hidup memiliki bioritme (jam biologis) yang berbeda. Pada manusia, bioritme ini dikontrol oleh tubuh dan disesuaikan dengan faktor lingkungan (misalnya: cahaya, kegelapan, gravitasi dan stimulus elektromagnetik). Bentuk bioritme yang paling umum adalah ritme sirkadian yang melingkupi siklus selama 24 jam. Dalam hal ini, fluktuasi denyut jantung, tekanan darah, temperature, sekresi hormon, metabolisme dan penampilan serta perasaan individu bergantung pada ritme sirkadiannya.

Tidur adalah salah satu irama biologis tubuh yang sangat kompleks. Sinkronisasi sirkadian terjadi jika individu memiliki pola tidur-bangun yang mengikuti jam biologisnya. Individu akan bangun pada saat ritme fisiologis paling tinggi atau paling aktif dan akan tidur pada saat ritme tersebut paling rendah.

## C. TAHAPAN TIDUR

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan bantuan alat elektroensefalogram (EEG), elektro-okulogram (EOG), dan elektrokardiogram (EMG), diketahui ada dua tahapan tidur, yaitu *non-rapid eye movement* (NREM) dan *rapid eye movement* (REM). (Asmadi, 2008).

### 1. Tidur NREM

Tidur NREM disebut juga sebagai tidur gelombang-pendek karena gelombang otak yang ditunjukkan oleh orang yang tidur lebih pendek daripada gelombang alfa dan beta yang ditunjukkan orang yang sadar. Pada tidur NREM terjadi penurunan sejumlah fungsi fisiologi tubuh. Di samping itu, semua proses metabolic termasuk tanda-tanda vital, metabolisme, dan kerja otot melambat. Tidur NREM sendiri terbagi atas 4 tahap (I-IV). Tahap I-II disebut sebagai tidur ringan (*light sleep*) dan tahap III-IV disebut sebagai tidur dalam (*deep sleep* atau *delta sleep*).

### 2. Tidur REM

Tidur REM biasanya terjadi setiap 90 menit dan berlangsung selama 5-30 menit. Tidur REM tidak senyenyak tidur NREM, dan sebagian besar mimpi terjadi pada tahap ini. Selama tidur REM, otak cenderung aktif dan metabolismenya meningkat hingga 20%. Pada tahap individu menjadi sulit untuk dibangunkan atau justru dapat bangun dengan tiba-tiba, tonus otot terdepresi, sekresi lambung meningkat, dan frekuensi jantung dan pernapasan sering kali tidak teratur.

Selama tidur, individu melewati tahap tidur NREM dan REM. Siklus tidur yang komplet normalnya berlangsung selama 1,5 jam, dan setiap orang biasanya melalui empat hingga lima siklus selama 7-8 jam tidur. Siklus tersebut dimulai dari tahap NREM yang berlanjut ke tahap REM. Tahap NREM I-III berlangsung selama 30 menit, kemudian diteruskan ke tahap IV selama  $\pm$  20 menit. Setelah itu, individu kembali melalui tahap III dan II selama 20 menit. Tahap I REM muncul sesudahnya dan berlangsung selama 10 menit.

## D. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUANTITAS DAN KUALITAS TIDUR

Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas maupun kuantitas tidur, di antaranya adalah penyakit, lingkungan, kelelahan, gaya hidup, stress emosional, stimulan dan alkohol, diet, merokok, dan motivasi.

Selanjutnya mari kita bahas faktor yang mempengaruhi kualitas maupun kuantitas tidur.

### 1. Penyakit

Penyakit dapat menyebabkan nyeri atau distress fisik yang dapat menyebabkan gangguan tidur. Sakit dapat mempengaruhi kebutuhan tidur seseorang. Banyak penyakit

yang memperbesar kebutuhan tidur, misalnya penyakit yang disebabkan oleh infeksi, namun banyak juga penyakit yang menjadikan klien kurang atau bahkan tidak bisa tidur, misalnya nyeri habis operasi.

Individu yang sakit membutuhkan waktu tidur yang lebih banyak daripada biasanya di samping itu, siklus bangun-tidur selama sakit juga dapat mengalami gangguan.

## **2. Lingkungan**

Faktor lingkungan dapat membantu sekaligus menghambat proses tidur. Tidak adanya stimulus tertentu atau adanya stimulus dapat menghambat upaya tidur. Sebagai contoh, temperatur yang tidak nyaman atau ventilasi yang buruk dapat mempengaruhi tidur seseorang. Akan tetapi, seiring waktu individu bisa beradaptasi dan tidak lagi terpengaruh dengan kondisi tersebut.

## **3. Latihan dan Kelelahan**

Kondisi tubuh yang lelah dapat mempengaruhi pola tidur seseorang. Semakin lelah seseorang, semakin pendek siklus tidur REM yang dilaluinya. Setelah beristirahat biasanya siklus REM akan kembali memanjang.

## **4. Gaya Hidup**

Individu yang sering berganti jam kerja harus mengatur aktivitasnya agar bisa tidur pada waktu yang tepat.

## **5. Stress Emosional**

Ansietas dan depresi sering kali mengganggu tidur seseorang. Kondisi ansietas dapat meningkatkan kadar norepinfrin darah melalui stimulasi system saraf simapatis. Kondisi ini menyebabkan berkurangnya siklus tidur NREM tahap IV dan tidur REM serta seringnya terjaga saat tidur.

## **6. Stimulant dan Alkohol**

Kafein yang terkandung dalam beberapa minuman dapat merangsang susunan syaraf pusat (SSP) sehingga dapat mengganggu pola tidur. Sedangkan konsumsi alkohol yang berlebihan dapat mengganggu siklus tidur REM. Ketika pengaruh alkohol telah hilang, individu sering kali mengalami mimpi buruk.

## **7. Diet**

Penurunan berat badan dikaitkan dengan penurunan waktu tidur dan seringnya terjaga di malam hari. Sebaliknya, penambahan berat badan dikaitkan dengan peningkatan total tidur dan sedikitnya periode terjaga di malam hari.

## **8. Merokok**

Nikotin yang terkandung dalam rokok memiliki efek stimulasi pada tubuh. Akibatnya, perokok sering kali kesulitan untuk tidur dan mudah terbangun di malam hari.

## **9. Medikasi**

Obat-obatan tertentu dapat mempengaruhi kualitas tidur seseorang. Hipnotik dapat mengganggu tahap III dan IV tidur NREM, metabloker dapat menyebabkan insomnia dan mimpi buruk, sedangkan narkotik (misalnya: meperidin hidroklorida dan morfin (yang biasanya di gunakan dalam pengobatan saat perang)) diketahui dapat menekan tidur REM dan menyebabkan seringnya terjaga di malam hari.

## **10. Motivasi**

Keinginan untuk tetap terjaga terkadang dapat menutupi perasaan lelah seseorang. Sebaliknya, perasaan bosan atau tidak adanya motivasi untuk terjaga sering kali dapat mendatangkan kantuk.

## **11. Lingkungan**

Keadaan lingkungan yang aman dan nyaman bagi seseorang dapat mempercepat terjadinya proses tidur.

Jadi ada 11 faktor yang dapat mempengaruhi seseorang dalam proses tidurnya, bila kita hubungkan dengan klien di masyarakat, disini akan membantu kita menentukan asuhan keperawatan apabila menemukan klien yang datang dengan gangguan tidur.

# **E. GANGGUAN TIDUR YANG UMUM TERJADI**

## **1. Insomnia**

Insomnia adalah ketidakmampuan memenuhi kebutuhan tidur, baik secara kualitas maupun kuantitas. Gangguan tidur ini umumnya ditemui pada individu dewasa. Penyebabnya bisa karena gangguan fisik atau karena faktor mental seperti perasaan gundah atau gelisah.

Ada tiga jenis insomnia:

- a. Insomnia insial: Kesulitan untuk memulai tidur.
- b. Insomnia intermiten: Kesulitan untuk tetap tertidur karena seringnya terjaga.
- c. Insomnia terminal: Bangun terlalu dini dan sulit untuk tidur kembali.

Beberapa langkah yang bisa dilakukan untuk mengatasi insomnia antara lain dengan mengembangkan pola tidur-istirahat yang efektif melalui olahraga rutin, menghindari rangsangan tidur di sore hari, melakukan relaksasi sebelum tidur (misalnya: membaca, mendengarkan musik, dan tidur jika benar-benar mengantuk).

## **2. Parasomnia**

Parasomnia adalah perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur. Gangguan ini umum terjadi pada anak-anak. Beberapa turunan parasomnia antara lain sering terjaga (misalnya: tidur berjalan, *night terror*), gangguan transisi bangun-tidur

(misalnya: mengigau), parasomnia yang terkait dengan tidur REM (misalnya: mimpi buruk), dan lainnya (misalnya: bruksisme).

### 3. Hipersomnia

Hipersomnia adalah kebalikan dari insomnia, yaitu tidur yang berlebihan terutama pada siang hari. Gangguan ini dapat disebabkan oleh kondisi tertentu, seperti kerusakan system saraf, gangguan pada hati atau ginjal, atau karena gangguan metabolisme (misalnya: hipertiroidisme). Pada kondisi tertentu, hipersomnia dapat digunakan sebagai mekanisme koping untuk menghindari tanggung jawab pada siang hari.

### 4. Narkolepsi

Narkolepsi adalah gelombang kantuk yang tak tertahankan yang muncul secara tiba-tiba pada siang hari. Gangguan ini disebut juga sebagai “serangan tidur” atau *sleep attack*. Penyebab pastinya belum diketahui. Diduga karena kerusakan genetik system saraf pusat yang menyebabkan tidak terkendali lainnya periode tidur REM. Alternatif pencegahannya adalah dengan obat-obatan, seperti: amfetamin atau metilpenidase, hidroklorida, atau dengan antidepresan seperti imipramin hidroklorida.

### 5. Apnea Saat Tidur dan Mendengkur

Apnea saat tidur atau sleep adalah kondisi terhentinya nafas secara periodik pada saat tidur. Kondisi ini diduga terjadi pada orang yang mengorok dengan keras, sering terjaga di malam hari, insomnia, mengatup berlebihan pada siang hari, sakit kepala di siang hari, iritabilitas, atau mengalami perubahan psikologis seperti hipertensi atau aritmia jantung. Mendengkur sendiri disebabkan oleh adanya rintangan dalam pengaliran udara di hidung dan mulut pada waktu tidur, biasanya disebabkan oleh adenoid, amandel atau mengendurnya otot di belakang mulut.

### 6. Enuresa

Enuresa merupakan buang air kecil yang tidak disengaja pada waktu tidur, atau biasa disebut istilah mengompol. Enuresa dibagi menjadi dua jenis: enuresa nokturnal: merupakan amengompol di waktu tidur, dan enuresa diurnal, mengompol saat bangun tidur. Enuresa nokturnal umumnya merupakan gangguan pada tidur NREM.

## Latihan

Sebutkan tanda gejala pasien mengalami insomia?

## Ringkasan

Istirahat dan tidur merupakan kebutuhan dasar yang mutlak harus dipenuhi oleh semua orang. Dengan istirahat dan tidur yang cukup, tubuh baru dapat berfungsi secara optimal. Istirahat dan tidur sendiri memiliki makna yang berbeda pada setiap individu. Tidur adalah suatu keadaan yang berulang-ulang, perubahan status kesadaran yang terjadi selama periode tertentu. Jika orang memperoleh tidur yang cukup, mereka merasa tenaganya telah pulih kembali.

## Tes 1

- 1) Perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur, disebut ?
  - A. Parasomnia
  - B. Hipersomnia
  - C. Insomnia
  - D. Narkolepsi
  - E. Enuresa
  
- 2) Perilaku pada pertanyaan no 1 diderita oleh ....
  - A. anak-anak
  - B. remaja
  - C. dewasa muda
  - D. dewasa tengah
  - E. lanjut usia
  
- 3) Pasien yang mengalami hipersomnia adalah pasien dengan penyakit ....., *kecuali* ....
  - A. hipotiroidisme
  - B. hipertiroidisme
  - C. CKD
  - D. sirosis
  - E. hepatitis

## Topik 2

### Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Istirahat Tidur

Ada 5 langkah yang harus kita lakukan dalam memberikan asuhan keperawatan, yaitu:

#### 1. Pengkajian

Aspek yang perlu dikaji pada klien untuk mengidentifikasi mengenai gangguan kebutuhan istirahat dan tidur meliputi pengkajian mengenal:

##### a. Riwayat tidur

- 1) Pola tidur, seperti jam berapa klien masuk kamar untuk tidur, jam berapa biasa bangun tidur, dan keteraturan pola tidur klien;
- 2) Kebiasaan yang dilakukan klien menjelang tidur, seperti membaca buku, buang air kecil, dan lain-lain;
- 3) Gangguan tidur yang sering dialami klien dan cara mengatasinya;
- 4) Kebiasaan tidur siang; apakah klien biasa tidur siang? Jam berapa? Berapa lama?
- 5) Lingkungan tidur klien. Bagaimana kondisi lingkungan tidur apakah kondisinya bising, gelap, atau suhunya dingin? dan lain lain;
- 6) Peristiwa yang baru dialami klien dalam hidup. Perawat mempelajari apakah peristiwa, yang dialami klien, yang menyebabkan klien mengalami gangguan tidur?;
- 7) Status emosi dan mental klien. Status emosi dan mental memengaruhi terhadap kemampuan klien untuk istirahat dan tidur. Perawat perlu mengkaji mengenai status emosional dan mental klien, misalnya apakah klien mengalami stres emosional atau ansietas?, juga dikaji sumber stres yang dialami klien.

##### b. Perilaku deprivasi tidur yaitu manifestasi fisik dan perilaku yang timbul sebagai akibat gangguan istirahat tidur, seperti:

- 1) Penampilan wajah, misalnya adakah area gelap di sekitar mata, bengkak di kelopak mata, konjungtiva kemerahan, atau mata yang terlihat cekung;
- 2) Perilaku yang terkait dengan gangguan istirahat tidur, misalnya apakah klien mudah tersinggung, selalu menguap, kurang konsentrasi, atau terlihat bingung;
- 3) Kelelahan, misalnya apakah klien tampak lelah, letih, atau lesu.

##### c. Gejala Klinis

Gejala klinis yang mungkin muncul: perasaan lelah, gelisah, emosi, apatis, adanya kehitaman di daerah sekitar mata bengkak, konjungtiva merah dan mata perih, perhatian tidak fokus, sakit kepala.

##### d. Penyimpangan Tidur

Kaji penyimpangan tidur seperti insomnia, somnambulisme, enuresis, narkolepsi, *night terrors*, mendengkur, dan lain-lain.

- e. Pemeriksaan fisik
  - 1) Tingkat energi, seperti terlihat kelelahan, kelemahan fisik, terlihat lesu.
  - 2) Ciri-ciri diwajah, seperti mata sipit, kelopak mata sembab, mata merah, semangat.
  - 3) Ciri-ciri tingkah laku, seperti oleng/ sempoyongan, menggosok-gosok mata, bicara lambat, sikap loyo.
  - 4) Data penunjang yang menyebabkan adanya masalah potensial, seperti obesitas, deviasi septum, TD rendah, RR dangkal dan dalam.

f. Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan yang mungkin ditemukan pada klien dengan gangguan pemenuhan istirahat tidur menurut Asmadi (2008), antara lain:

- 1) Gangguan pola tidur disebabkan karena ansietas yang klien, lingkungan yang tidak kondusif untuk tidur (misalnya, lingkungan yang bising), ketidakmampuan mengatasi stres yang dialami, dan nyeri akibat penyakit yang diderita, Insomnia, hiperinsomnia, kehilangan tidur REM, ketakutan.
- 2) Perubahan proses berpikir disebabkan oleh terjadinya deprivasi tidur.
- 3) Gangguan harga diri terutama diatami pada klien yang mengalami enuresis.
- 4) Risiko cedera terutama pada klien yang menderita somnambulisme. Klien melakukan aktivitas tanpa disadari sehingga berisiko terjadinya kecelakaan, bisa berupa jatuh dari tempat tidur, turun tangga, atau membentur tembok.

**2. Pemeriksaan diagnostik**

- a. Elektroencefalogram (EEG).
- b. Elektromiogram (EMG).
- c. Elektrokulogram (EOG).

**3. Intervensi**

- a. Kaji masalah yang menyebabkan gangguan tidur (Nyeri, takut, stress, ansietas, imobilitas, sering berkemih, lingkungan yang asing, temperatur).
- b. Kurangi atau hilangkan distraksi lingkungan dan gangguan tidur (bising: tutup pintu kamar, turunkan volume TV).
- c. Bantu upaya tidur dengan menggunakan alat bantu tidur (mis., air hangat untuk mandi, minum susu sebelum tidur).
- d. Memberikan informasi dasar dalam menentukan rencana perawatan.
- e. Lingkungan yang tenang dapat mengurangi gangguan tidur.
- f. Mandi air hangat sebelum tidur dapat meningkatkan relaksasi. Sedangkan minum susu hangat mengandung L-triptofan (penginduksi tidur).

**4. Implementasi**

Dilakukan sesuai dengan intervensi dan kebutuhan klien.

## 5. Evaluasi

- S: Pasien mengatakan dapat tidur dalam jangka waktu 20-30 menit, pada waktu tidur tidak sering terbangun, jika terbangun akan mudah tidur kembali, meningkatnya waktu tidur sesuai yang diharapkan, mengingat kembali mimpi yang dialaminya, menyatakan perasaannya tenang sesudah tidur, bebas dari kecemasan dan depresi, dapat bekerja dengan baik dan penuh konsentrasi, klien dan keluarga mampu menjelaskan faktor-faktor yang dapat meningkatkan tidur
- O: klien tampak tenang saat di wawancarai setelah bangun tidur
- A: masalah teratasi
- P: intervensi dihentikan

## Latihan

Seseorang klien laki-laki, berumur 35 tahun, dirawat di ruang perawatan interne karena buang air besar terus menerus, dan mengeluh sakit perut terutama setiap buang air besar, frekuensi BAB 8-12 kali / hari , feses cair dan mengandung darah. Hasil pemeriksaan tensi 130/90 mmhg, nadi 80 X/menit, intake cairan 200 ml/perhari dan tidak menunjukkan tanda-tanda dehidrasi.

### *Petunjuk Jawaban Latihan*

- 1) Pelajarilah kasus di bawah ini dengan cermat.
- 2) Susunlah dasar teori yang mendasari kasus tersebut
- 3) Susunlah asuhan keperawatan yang sesuai kasus tersebut dengan langkah-langkah sebagai berikut, 1) Lengkapi data pengkajian yang dibutuhkan, 2) tentukan diagnosa keperawatan sesuai prioritas, 3) susun rencana keperawatan dan rasionalnya, dan 4) susun kriteria evaluasi.
- 4) Kerjakan tugas ini setelah proses pembelajaran pada modul 5 ini selesai, kemudian peserta didik melakukan konsultasi 1 kali kepada dosen atau fasilitator.
- 5) Dosen atau fasilitator untuk memberikan umpan balik kepada peserta didik

### **Penilaian:**

	<b>Aspek</b>	<b>Bobot</b>
1.	Dasar teori terjadinya masalah	15 %
2.	Pengkajian secara relewan dan akurat	20 %
3.	Merumuskan diagnosa (prioritas sesuai dan unsur diagnosa)	20 %
4.	Perencanaan tindakan (tujuan, rencana dan rasional)	30 %
5.	Tindakan (berada pada Bab 11)	
6.	Kriteria evaluasi	15 %

## Ringkasan

Secara umum, istirahat berarti suatu keadaan tenang, rileks, santai, tanpa tekanan emosional, dan bebas dari perasaan gelisah. Tidur adalah status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun. Tidur dikarakteristikan dengan aktivitas fisik yang minimal, tingkat kesadaran yang bervariasi, perubahan proses fisiologis tubuh, dan penurunan respons terhadap stimulus eksternal. Aktivitas tidur diatur dan dikontrol oleh dua sistem pada batang otak, yaitu *Reticular Activating System* (RAS) dan *Bulbar Synchronizing Region* (BSR). RAS di bagian atas batang otak diyakini memiliki sel-sel khusus yang dapat mempertahankan kewaspadaan dan kesadaran, memberi stimulus visual, pendengaran, nyeri, dan sensorik, serta emosi dan proses berfikir. Tahapan tidur, yaitu non-rapid eye movement (NREM) dan rapid eye movement (REM).

Faktor yang mempengaruhi kualitas maupun kuantitas tidur, di antaranya adalah penyakit, lingkungan, kelelahan, gaya hidup, stress emosional, stimulan dan alkohol, diet, merokok, dan motivasi. Gangguan dalam tidur dapat berupa insomnia, parasomnia, hipersomnia, narkolepsi dan apnea.

## Tes 2

- 1) Status perubahan kesadaran ketika persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan menurun adalah arti dari ....
  - A. istirahat
  - B. tidur
  - C. santai
  - D. rekreasi
  
- 2) Bp. U. 50 tahun, datang ke tempat anda mengeluh beberapa hari terakhir ini tidak bisa tidur, sering terbangun dan susah untuk tidur kembali. Bila melihat keluhan Bp. U, beliau mengalami gangguan tidur ....
  - A. insomnia
  - B. parasomnia
  - C. narkolepsi
  - D. somnambulisme
  
- 3) Tn. I, umur 60 tahun datang ke tempat anda karena merasa sakit di daerah kelamin, beliau seorang perokok, setelah diperiksa ternyata beliau juga mengalami BPH (benigne prostat hipertrophy). Beliau bertanya bagaimana caranya supaya bisa tidur nyenyak, karena beberapa hari tidak bisa tidur. Tindakan keperawatan yang anda lakukan ....
  - A. menjelaskan bahwa keadaannya yang menyebabkan gangguan tidur

✍ ■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ✍ ■

- B. mengajari klien supaya pada sore hari tidak usah tidur
  - C. memberikan obat perangsang tidur
  - D. menganjurkan untuk segera operasi
- 4) Seorang perokok biasanya mengalami gangguan tidur ....
- A. somnambulisme
  - B. narkolepsi
  - C. apnea tidur
  - D. insomnia
- 5) Seorang ibu datang ke tempat anda mengeluh anaknya tidak bisa tidur, hal apa yang akan Anda kaji ....
- A. kebiasaan tidur sama siapa?
  - B. lingkungan mendukung/tidak?
  - C. mainannya/boneka ada/hilang?
  - D. ada gangguan kondisi tubuh?

## Kunci Jawaban Tes

### *Tes 1*

- 1) A
- 2) A
- 3) A

### *Tes 2*

- 1) B
- 2) A
- 3) B
- 4) C
- 5) C

## Daftar Pustaka

- Alman. 2000. *Fundamental & Advanced Nursing Skill*. Canada: Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan, Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia I*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan, Buku 1, Buku 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H, Musrifatul U. 2005. *Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Elkin, et al. 2000. *Nursing Intervention and Clinical Skills*. Aecond edt.
- Kozier, B. 1995. *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*. California: Addison Wesley.
- Perry,at al. 2005. *Keterampilan dan Prosedur Dasar Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Potter,P. 1998. *Fundamental of Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Potter & Perry. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. Edisi 4. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Priharjo, Robert. 2006. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- S. Suarli dan Yanyan Bahtiar. 2010. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Erlangga Medical Series.
- Tarwoto Wartonah. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Poltekkes Depkes Jakarta III .2009. *Panduan Praktek KDM*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. 2012. *Modul Pembelajaran KDM*. Malang.

## ✍ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ✍ ■

Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. 2012. *Modul Pemeriksaan Fisik dan Implikasinya dalam Keperawatan*. Malang.

Wahid,IM dan Nurul, C. 2008. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia, Teori dan Aplikasi dalam Praktek*. Jakarta: Salemba Medika.

## **BAB VIII**

# **ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS**

*Kasiati dan Ni Wayan Dwi Rosmalawati*

### **PENDAHULUAN**

Aktivitas adalah suatu keadaan bergerak dimana manusia memerlukan untuk dapat memenuhi kebutuhan kehidupan. Tiap individu mempunyai pola atau irama dalam menjalani aktivitas. Salah satu tanda seseorang dikatakan sehat adalah adanya kemampuan orang tersebut melakukan aktivitas seperti bekerja, makan dan minum, personal hygiene, rekreasi, dan lain-lain. Dengan beraktivitas selain tubuh menjadi sehat, juga dapat mempengaruhi harga diri dan citra tubuh seseorang.

Jika seseorang sakit atau terjadi kelemahan fisik sehingga kemampuan aktivitas menurun. Seseorang tersebut biasanya terjadi masalah fisik, psikologis dan tumbuh kembang, hal ini bisa berpengaruh pada masalah kesehatan seseorang. Selain menimbulkan dampak fisik, gangguan personal hygiene dapat pula berdampak pada gangguan pemenuhan kebutuhan psikososial dan nyaman yang sudah dibahas pada Bab 1.

Modul ini merupakan tuntunan dan landasan bagi peserta didik berfungsi sebagai pengantar untuk dapat mencapai kompetensi pada mata kuliah Kebutuhan Dasar Manusia I. Dengan harapan peserta didik sebagai perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas atau mobilisasi

Pembelajaran pada Bab 8 ini membahas tentang kebutuhan aktivitas klien baik yang mobilisasi dan imobilisasi terlebih dahulu, dan anda akan mempelajari konsep dasar mobilisasi dan imobilisasi dan asuhan keperawatan klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas. Modul ini dikemas dalam dua kegiatan belajar yang bersifat *hard skill*, tetapi juga *soft skill*. Penggunaan Bab 8 ini, peserta didik dianggap sudah menguasai proses keperawatan dan ketrampilan seperti pemeriksaan fisik dan tanda-tanda vital yang sudah dipelajari pada Bab 1, 2, dan 3.

Setelah mempelajari modul ini peserta didik diharapkan akan dapat pada Topik 1 Konsep Dasar Aktivitas (Mobilisasi): (1) menjelaskan pengertian, (2) menjelaskan manfaat i, (3) menjelaskan mekanika tubuh, dan (4) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi pergerakan tubuh, sedangkan Topik: (1) menjelaskan pengertian imobilisasi, (2) menyebutkan alasan klien imobilisasi, (3) menganalisa dampak imobilisasi, dan (4) menyebutkan tingkat imobilisasi, dan Topik: (1) melakukan pengkajian dengan gangguan mobilisasi dan imobilisasi, (2) menyusun perencanaan dengan gangguan mobilisasi dan imobilisasi, (3) merumuskan diagnosa keperawatan dengan gangguan mobilisasi dan imobilisasi, dan (4) melaksanakan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan

## ✍ ■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ✍ ■

mobilisasi atau imobilisasi, (bab praktikum 12), dan (5) melakukan evaluasi pada gangguan mobilisasi dan imobilisasi perawatan aktivitas asuhan keperawatan pada klien gangguan gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas. Dengan harapan Anda sebagai perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan untuk membantu klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas seperti intoleransi aktivitas, hambatan gerak dan kelelahan. Dengan demikian perawat harus bisa melatih mekanik tubuh dengan benar, sehingga mencegah klien jatuh, tekanan fisik dan cedera.

Pendekatan yang diharapkan dalam pembelajaran bab ini adalah dengan desain pendekatan belajar mandiri dengan berbagai metode, dimana peserta didik dituntut secara aktif dalam proses pembelajaran untuk mencapai kompetensi yang diharapkan, sedangkan dosen sebagai fasilitator. Materi-materi yang memerlukan ketrampilan, metode yang akan dilakukan dengan simulasi dan demonstrasi. Oleh karena itu, secara bertahap lakukan evaluasi diri sendiri supaya bisa diketahui kemajuan belajar Anda, kalau perlu evaluasi diri anda dengan menunjukkan pada fasilitator, teman senior yang ada di dekat Anda.

## Topik 1

### Konsep Dasar Aktivitas

Sebanyak orang menilai tingkat kesehatan seseorang berdasarkan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh manusia. Kemampuan aktivitas seseorang tidak terlepas dari keadekuatan sistem persarafan dan muskuloskeletal.

Pergerakan atau mekanik tubuh pada dasarnya adalah bagaimana menggunakan secara efektif, terkoordinasi, dan aman, sehingga menghasilkan gerakan yang baik dan keseimbangan selama beraktivitas.

Peran perawat sangat penting untuk mencegah terjadinya gangguan mekanik tubuh terutama pada klien yang mengalami tirah baring lama dan cedera dan lain-lain, hal ini dapat menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan tonus otot. Sehingga berdampak pada gangguan intoleransi aktivitas, hambatan mobilisasi, kelelahan, immobilisasi dan deficit perawatan diri. Dengan demikian perawat harus bisa melatih mekanik tubuh dengan benar, sehingga mencegah komplikasi klien seperti jatuh, tekanan fisik, cedera dan dampak immobilisasi.

Saudara harus mengetahui, (1) konsep dasar aktivitas (mobilisasi) terdiri dari: (a) menjelaskan pengertian, (b) menjelaskan manfaat, (c) menjelaskan mekanika tubuh, dan (d) menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi pergerakan tubuh.

#### A. PENGERTIAN MOBILISASI

Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Kehilangan kemampuan untuk bergerak mengakibatkan seseorang menjadi ketergantungan dan membutuhkan tindakan keperawatan.

#### B. MANFAAT AKTIVITAS ATAU MOBILISASI

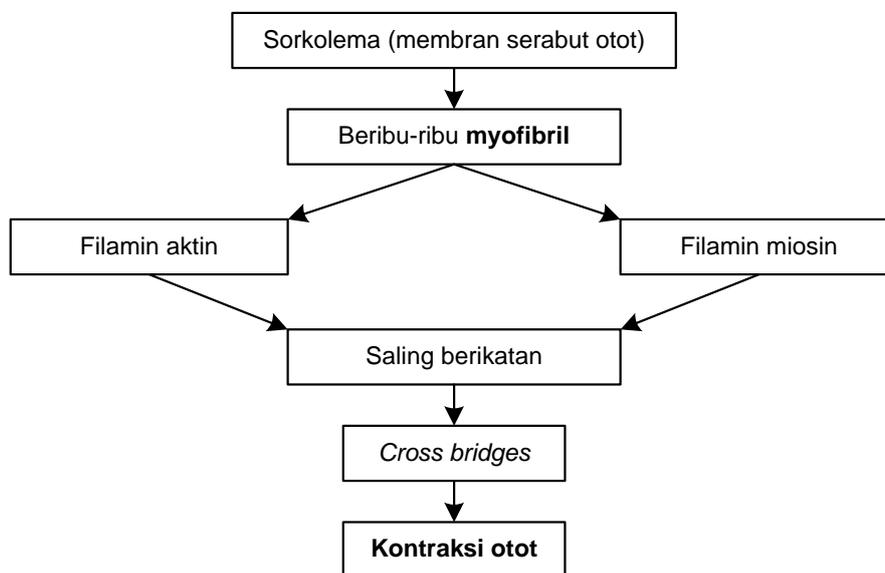
Manfaat dari gerakan tubuh antara lain, tubuh menjadi segar, memperbaiki tonus otot, mengontrol berat badan, merangsang peredaran darah, mengurangi stres, meningkatkan relaksasi, memperlambat proses penyakit (penyakit degeneratif), untuk aktualisasi diri (harga diri dan citra tubuh), sedang untuk anak merangsang pertumbuhan.

#### C. KOORDINASI MEKANIK TUBUH

Mekanika tubuh (*body mechanic*) adalah penggunaan organ secara efisien dan efektif sesuai dengan fungsinya. Pergerakan merupakan rangkaian aktivitas yang terintegrasi antara system muskuloskeletal dan system persarafan didalam tubuh. Komponen system muskuloskeletal melibatkan tulang, otot, tendon, ligamen, kartilago, dan sendi.

Tulang adalah jaringan dinamis, salah satu fungsinya menunjang jaringan tubuh dan membantu pergerakan. Sedang otot berfungsi untuk kontraksi dan membantu menghasilkan gerakan, mempertahankan postur tubuh, dan menghasilkan panas. Otot dipersarafi oleh saraf yang terdiri atas serabut motoris dari medulla spinal. Medula otak seperti korteks cerebri kanan mengatur otot-otot anggota gerak kiri dan sebaliknya.

Bagaimana Anda bisa bergerak, berikut ini mekanisme kontraksi otot: membran otot mengandung myofibril, kemudian pelepasan asetikolin. Akibatnya, pintu kalsium di retikulum sarkoplasma membuka dan melepaskan ion kalsium ke sitoplasma sel otot, lalu berikatan dengan troposin, kemudian membuka binding sites, terjadilah jembatan silang (*Cross bridges*), antara filamin aktin dan myosin. Selanjutnya dengan katalis enzim myosin-ATP ase terjadi hidrolisis ATP menjadi ADP + P + energy, sehingga terjadilah kontraksi.



Gambar 8.1. Kontraksi Otot

#### D. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI AKTIVITAS ATAU MOBILISASI

##### Contoh Kasus:

Apabila seseorang terjadi patah tulang, menderita penyakit atau cacat, dan lain-lain. seseorang tersebut akan mengalami masalah gangguan pergerakan (immobilisasi), apa lagi sampai klien tersebut selalu bedrest dalam waktu lama, hal ini bisa menyebabkan:

1. Klien mengalami atropi otot, dimana keadaan otot menjadi mengecil karena tidak terpakai dan pada akhirnya serabut otot diinfiltrasi dan diganti jaringan fibrosa dan lemak. Maka sebelum perawat membantu klien memenuhi kebutuhan aktivitas seperti ganti posisi atau berjalan, perawat harus mengkaji kekuatan otot. Langkah ini diambil untuk menurunkan risiko cedera tubuh.
2. Nekrosis (jaringan mati), terjadi trauma atau iskemia di mana proses regenerasi otot sangat minim.
3. Kontraktur sehingga body mechanic terganggu.

4. Beberapa faktor lain yang harus saudara ketahui antara lain:
- Tingkat perkembangan tubuh: Usia seseorang mempengaruhi system muskuloskeletal dan persarafan, Untuk itu, dalam melakukan tindakan keperawatan untuk membantu memenuhi kebutuhan aktivitas, perawat harus memperhatikan aspek tumbuh kembang klien sesuai kebutuhan.
  - Kesehatan fisik: Seseorang dengan penyakit (gangguan musculoskeletal, gangguan kardiovaskuler, gangguan sistem respirasi), cacat tubuh dan imobilisasi akan dapat mengganggu pergerakan tubuh.
  - Keadaan nutrisi: Seseorang dengan nutrisi kurang, hal ini menyebabkan kelemahan dan kelelahan otot yang berdampak pada penurunan aktivitas dan pergerakan. Sebaliknya, hal yang sama terjadi pada kondisi nutrisi lebih (obesitas).
  - Status mental: Seseorang mengalami gangguan mental cenderung tidak antusias dalam mengikuti aktivitas , bahkan kehilangan energi untuk memenuhi kebutuhan personal hygiene.
  - Gaya hidup: Seseorang dalam melakukan pola aktivitas sehari-hari dengan baik tidak akan mengalami hambatan dalam pergerakan, demikian juga sebaliknya.

## **Latihan**

Jelaskan Proses terjadinya pergerakan otot ?

## **Ringkasan**

Mobilisasi dan imobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas guna mempertahankan kesehatannya. Jenis mobilitas ada dua yaitu sebagai berikut mobilitas penuh dan mobilitas sebagian

Mobilitas seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah gaya hidup, proses penyakit atau cedera, kebudayaan, tingkat energi, usia dan status perkembangan.

## **Tes 1**

- 1) Keadaan otot menjadi mengecil karena tidak terpakai dan pada akhirnya serabut otot diinfiltrasi dan diganti jaringan fibrosa dan lemak, adalah keadaan yang disebut....
- Atropi
  - Nekrosis
  - Imobilitas
  - Fraktur
  - Kontraktur

- 2) Trauma atau iskemia di mana proses regenerasi otot sangat minim, dan menyebabkan jaringan menghitam atau mati, disebut juga ....
- A. Atropi
  - B. Nekrosis
  - C. Imobilitas
  - D. Fraktur
  - E. Kontraktur

## Topik 2

### Konsep Dasar Imobilisasi

Imobilisasi adalah ketidakmampuan klien bergerak bebas yang disebabkan kondisi tertentu atau dibatasi secara terapeutik (Potter dan Perry 2006). Imobilisasi merupakan suatu kondisi yang relatif. Maksudnya, individu tidak saja kehilangan kemampuan geraknya secara total, tetapi juga mengalami penurunan aktivitas dari kebiasaan normalnya.

#### A. BEBERAPA ALASAN DILAKUKAN IMOBILISASI

1. Pengobatan atau terapi, seperti pada klien setelah menjalani pembedahan atau mengalami cedera pada kaki atau tangan. Tirah baring merupakan merupakan suatu intervensi dimana klien dibatasi untuk tetap berada di tempat tidur untuk tujuan terapi antara lain untuk memenuhi kebutuhan oksigen, mengurangi nyeri, mengembalikan kekuatan dan cukup beristirahat,
2. Mengurangi nyeri pasca operasi, dan
3. Ketidakmampuan premir seperti paralisis,
4. Klien yang mengalami kemunduran pada rentang imobilisasi parsial – mutlak.

#### B. DAMPAK IMOBILISASI

Dampak imobilisasi pada klien secara fisik adalah (1) pada fisik seperti kerusakan integumen/integritas kulit, system kardiovaskuler, sistem eliminasi, musculoskeletal, sistem pencernaan, dan respirasi (2) psikologis seperti depresi dan istirahat tidur, dan (3) tumbuh kembang.

Untuk mencegah dampak buruk dari immobilisasi, maka perlu dilakukan latihan rentang gerak (*range of motion* -ROM) secara aktif maupun pasif dan ambulasi (kegiatan berjalan) (Kozier dkk. 1995).

##### 1. Sistem Integumen

- a. Turgor kulit menurun: Kulit mengalami atrofi akibat imobilisasi dan perpindahan cairan antar-kompartemen pada area yang menggantung, hal ini dapat mengganggu keutuhan dan kesehatan dermis dan jaringan subkutan.
- b. Kerusakan kulit: Kondisi imobilisasi mengganggu sirkulasi dan suplai nutrisi pada area tertentu, hal ini berakibat iskemia dan nekrosis jaringan superfisial yang dapat menimbulkan ulkus dekubitus.

##### 2. Sistem Kardiovaskuler

- a. Hipotensi ortostatik: Hipotensi ortostatik terjadi karena sistem saraf otonom tidak dapat menjaga keseimbangan suplai darah ke tubuh saat klien bangun dari posisi berbaring yang lama. Darah berkumpul di eksteremitas, dan tekanan darah menurun

drastis dan perfusi di otak mengalami gangguan, akibatnya klien dapat mengalami pusing, berkunang-kunang, bahkan pingsan.

- b. Pembentukan trombus: Trombus atau massa padat darah di jantung atau pembuluh darah biasa disebabkan oleh, gangguan aliran balik vena menuju jantung, hiperkoagulabilitas darah, dan cedera dinding pembuluh darah . Jika trombus lepas dari dinding pembuluh darah dan masuk ke sirkulasi disebut embolus.
- c. Edema dependen: Edema dependen biasa terjadi pada area yang menggantung seperti kaki dan tungkai bawah, edema akan menghambat aliran balik vena menuju jantung yang akan menimbulkan lebih banyak edema.

### **3. Sistem Eleminasi**

- a. Stasis urine: Stasis urine adalah terhentinya atau terhambatnya aliran urine. Klien berbaring lama pengosongan ginjal dan kandung urine terlambat, akibat dari gravitasi yang memainkan peran dalam proses pengosongan urine.
- b. Batu ginjal: Imobilisasi bisa terjadi ketidakseimbangan antara kalsium dan asam sitrat yang menyebabkan kelebihan kalsium, akibatnya urine menjadi lebih basa, dan garam kalsium mempresipitasi terbentuknya batu ginjal.
- c. Retensi urine: Penurunan tonus otot kandung kemih menghambat kemampuan mengosongkan kandung kemih secara tuntas.
- d. Infeksi perkemihan: Urine yang statis dan juga sifat urine yang basa akibat hiperkalsiuria merupakan media baik pertumbuhan bakteri. Organisme penyebab infeksi saluran kemih adalah Escherichia coli.

### **4. Sistem Muskuloskeletal**

- a. Osteoporosis: Tanpa aktivitas yang memberi beban pada tulang akan mengalami demineralisasi (osteoporosis), hal ini menyebabkan tulang kehilangan kekuatan dan kepadatan sehingga tulang menjadi keropos dan mudah patah.
- b. Atrofi otot: Otot yang tidak digunakan dalam waktu lama akan kehilangan sebagian besar kekuatan dan fungsi normalnya.
- c. Kontraktur dan nyeri sendi: Kondisi imobilisasi jaringan kolagen pada sendi mengalami ankilosa dan tulang terjadi demineralisasi yang menyebabkan akumulasi kalsium pada sendi yang berakibat kekakuan dan nyeri pada sendi.

### **5. Sistem Pencernaan**

- Konstipasi: Imobilisasi mempengaruhi pencernaan yaitu konstipasi akibat penurunan peristaltik dan mobilitas usus. Jika konstipasi berlanjut dan feses sangat keras, maka perlu upaya kuat untuk mengeluarkannya.

### **6. Respirasi**

- a. Penurunan gerakan pernafasan: Kondisi ini disebabkan oleh pembatasan gerak, hilangnya koordinasi otot .

- b. Penumpukan sekret: Normalnya sekret pada saluran pernafasan dikeluarkan dengan perubahan posisi, postur tubuh dan batuk. Pada klien imobilisasi sekret terkumpul pada jalan nafas akibat gravitasi sehingga mengganggu proses difusi oksigen dan karbon dioksida di alveoli, serta pengeluaran sekret dengan batuk terhambat karena melemahnya tonus otot pernafasan
- c. Atelektasis: Imobilisasi terjadi perubahan aliran darah regional dan menurunkan produksi surfaktan, ditambah sumbatan sekret pada jalan nafas, dapat mengakibatkan atelektasis.

### **C. TINGKAT IMOBILISASI**

- 1. Imobilisasi komplet: Imobilisasi dilakukan pada individu yang mengalami gangguan tingkat kesadaran.
- 2. Imobilisasi parsial: Imobilisasi dilakukan pada klien yang mengalami fraktur.
- 3. Imobilisasi karena pengobatan: Imobilisasi pada penderita gangguan pernafasan atau jantung, Pada klien tirang baring (bedrest) total, klien tidak boleh bergerak dari tempat tidur, berjalan, dan duduk dikursi. Keuntungan dari tirah baring antara lain mengurangi kebutuhan oksigen sel-sel tubuh, menyalurkan sumber energi untuk proses penyembuhan, dan mengurangi respons nyeri.

Jika saudara sudah mengetahui proses mekanik tubuh dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, serta dampak yang terjadi, maka saudara pasti tidak kesulitan untuk melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan aktivitas dengan tahap-tahap sebagai berikut: (1) pengkajian, (2) merumuskan diagnosa, (3) menyusun rencana, (4) melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhan aktivitas (akan dipelajari pada Modul 12), menyusun kriteria evaluasi.

## **Latihan**

Sebutkan dampak dari imobilisasi ?

## **Ringkasan**

Imobilitas adalah keadaan dimana individu tidak dapat bergerak dengan bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan(aktivitas).misalnya trauma tulang belakang ,cedera otak berat disertai fraktur pada ekstremitas dan sebagainya. Ada beberapa jenis imobilitas yaitu imobilitas fisik,imobilitas intelektual, imobilitas emosional, dan imobilitas sosial.

Adanya imobilisasi dalam tubuh dapat mempengaruhi sistim tubuh, seperti perubahan padaa metabolisme tubuh, ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, gangguan dalam kebutuhan nutrisi, gangguan fungsi gastrointestinal, perubahan sistim pernafasan, perubahan kardiovaskuler, perubahan sistem muskuloskeletal, perubahan kulit, perubahan eliminasi, dan perubahan perilaku.

## Tes 2

- 1) Keadaan dimana individu tidak dapat bergerak dengan bebas karena kondisi yang mengganggu pergerakan(aktivitas), disebut....
  - A. Atropi
  - B. Nekrosis
  - C. Kontraktur
  - D. Imobilisasi
  - E. Mobilisasi
  
- 2) Imobilisasi pasien terjadi akibat...., *kecuali* ....
  - A. Trauma
  - B. Fraktur
  - C. Kontraktur
  - D. Nekrosis
  - E. Lecet

## Topik 3

### Proses Keperawatan

Penggunaan proses keperawatan, aplikasi kritis anatomi dan fisiologi, pengalaman klien memungkinkan mengembangkan rencana keperawatan secara individu klien yang mengalami gangguan mobilisasi dan resiko lainnya. Rencana keperawatan dibuat untuk meningkatkan status fungsional, meningkatkan perawatan mandiri, mempertahankan kondisi psikologis, dan mengurangi bahaya imobilisasi.

#### A. PENGKAJIAN

Saudara dalam melakukan pengkajian harus dilihat dari dua bagian yaitu mobilisasi dan imobilisasi dengan menggerakkan semua indra dan tenaga untuk melakukan pengkajian secara cermat baik melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dengan palpasi, auskultasi, hasil tes laboratorium, bb (berat badan), asupan cairan, dan haluaran cairan. Menggali data yang akurat selama pemeriksaan fisik yang meliputi:

1. Perawat harus menanyakan tingkat aktivitas klien, hal ini untuk mengidentifikasi mobilisasi dan resiko cedera yang meliputi pola aktivitas, jenis, frekuensi, dan lamanya.
2. Selain itu perawat juga perlu mengkaji kecepatan aktivitas.
3. Tanyakan tingkat kelelahan meliputi aktivitas yang membuat lelah dan gangguan pergerakan meliputi penyebab, gejala dan efek dari gangguan pergerakan
4. Perawat mengkaji tingkat aktivitas klien meliputi, (a) tingkat 0: klien mampu merawat diri sendiri secara penuh, (b) tingkat 1: klien memerlukan penggunaan alat, (c) tingkat 2: klien perlu bantuan atau pengawasan orang lain, (d) tingkat 3: memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan, (e) tingkat 4: Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan
5. Pemeriksaan fisik, pemeriksaan ini bertujuan untuk mendapatkan data adanya indikasi rintangan dan keterbatasan sehingga klien perlu bantuan perawat meliputi (a) tingkat kesadaran dan postur/bentuk tubuh, (b) skoliosis, kifosis, lordosis dan cara berjalan, (c) Ekstremitas: kelemahan, gangguan sensorik, tonus otot, atrofi, tremor, gerakan tak terkendali, kekuatan otot, kemampuan jalan, kemampuan duduk, kemampuan berdiri, 4) pergerakan, kemerahan, deformitas, nyeri sendi dan krepitasi, suhu sekitar sendi.

#### B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Menurut NANDA (2015), diagnosa keperawatan yang terkait dengan aktivitas karena ketidaktepatan mekanika tubuh dan hambatan mobilisasi, yang perlu peserta didik ketahui antara lain:

1. Intoleransi aktivitas: yang berhubungan dengan kesejajaran tubuh yang buruk dan penurunan mobilisasi.
2. Hambatan mobilisasi fisik : yang berhubungan dengan penurunan rentang gerak, tirah baring, penurunan kekuatan, sedangkan resiko cedera : yang berhubungan dengan ketidak tepatan mekanika tubuh, ketidak tepatan teknik pemindahan.
3. Gangguan integritas kulit atau risiko gangguan integritas kulit : berhubungan dengan keterbatasan mobilisasi, tekanan permukaan kulit dan gaya gesek, dan lain-lain.

## **Diagnosa I**

### **Intoleran aktivitas**

Definisi: Kondisi di mana seseorang mengalami penurunan energi fisiologis dan psikologis untuk melakukan aktivitas sehari-hari (intoleransi aktivitas), kemungkinan berhubungan (etiologi/penyebab) antara lain: kesejajaran tubuh buruk, kelemahan, *bedrest* lama/ imobilisasi, motivasi yang kurang, pembatasan pergerakan, nyeri, kemungkinan data yang ditemukan pada klien: verbal/adanya kelemahan, sesak nafas/pucat, kesulitan dalam pergerakan, abnormal nadi, tekanan darah terhadap respons aktivitas.

Kondisi klinis klien kemungkinan terjadi: anemia, gagal ginjal kronis, gangguan jantung, kardiak aritmia, COPD, gangguan metabolisme, gangguan muskuloskeletal.

Tujuan yang diharapkan setelah dilakukan tindakan: (1) kelemahan klien berkurang, (2) klien berpartisipasi dalam perawatan diri, (dan)3) klien mempertahankan kemampuan aktivitas seoptimal mungkin.

## **C. INTERVENSI**

1. Kaji tingkat kemampuan klien dalam melakukan gerak.
2. Rencanakan tentang pemberian program latihan sesuai kemampuan pasien.
3. Berikan diet tinggi kalsium.
4. Ajarkan klien tentang bagaimana melakukan aktivitas sehari-hari.
5. Libatkan keluarga untuk melatih mobilitas pasien.
6. Konsultasikan dengan ahli tetapi fisik .

## **Ringkasan**

Pasien yang mengalami gangguan mobilisasi, biasanya dilakukan pengkajian fisik muskuloskeletal, dengan diagnosa keperawatannya adalah intoleransi aktivitas dan intervensinya.

## Kunci Jawaban Tes

*Tes 1*

- 1) A
- 2) B

*Tes 2*

- 1) D
- 2) E

## Daftar Pustaka

- Alman. 2000. *Fundamental & Advanced Nursing Skill*. Canada: Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan, Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia I*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan, Buku 1, Buku 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H, Musrifatul U. 2005. *Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Elkin, et al . 2000. *Nursing Intervention and Clinical Skills*. Aecond edt.
- Kozier, B. 1995, *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*, California, Addison Wesley.
- Perry,at al. 2005. *Ketwampilan dan Prosedur Dasar Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Potter,P. 1998. *Fundamental of Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Potter & Perry. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep,Proses, dan Praktik*, Edisi 4. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Priharjo, Robert. 2006. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- S. Suarli dan Yanyan Bahtiar. 2010. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Erlangga Medical Series.
- Tarwoto Wartonah. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Poltekkes Depkes Jakarta III .2009. *Panduan Praktek KDM*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. 2012. *Modul Pembelajaran KDM*. Malang.

## ✍ ■ Kebutuhan Dasar Manusia 1 ✍ ■

Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. 2012. *Modul Pemeriksaan Fisik dan Implikasinya dalam Keperawatan*. Malang.

Wahid, IM dan Nurul, C. 2008. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia, Teori dan Aplikasi dalam Praktek*. Jakarta: Salemba Medika.

## **BAB IX**

# **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PEMENUHAN RASA AMAN DAN NYAMAN**

*Ni Wayan Dwi Rosmalawati dan Kasiati*

### **PENDAHULUAN**

Kebutuhan akan keselamatan atau keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan seringkali didefinisikan sebagai keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis, adalah salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi. Lingkungan pelayanan kesehatan dan komunitas yang aman merupakan hal penting untuk kelangsungan hidup klien.

Kenyamanan adalah konsep sentral tentang kiat keperawatan. Konsep kenyamanan memiliki subjektifitas yang sama dengan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri.

## Topik 1

# Konsep Dasar Keamanan dan Keselamatan

Sebelum membahas materi asuhan keperawatan, mari kita awali dengan konsep keamanan dan kenyamanan mulai dari pengertian, klasifikasi keamanan atau keselamatan, dan seterusnya.

### A. KEAMANAN ATAU KESELAMATAN

Keamanan adalah keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis atau bisa juga keadaan aman dan tentram (Potter & Perry, 2006).

Perubahan kenyamanan adalah keadaan di mana individu mengalami sensasi yang tidak menyenangkan dan berespons terhadap suatu rangsangan yang berbahaya (Carpenito, Linda J., 2000).

Kebutuhan akan keselamatan atau keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, retinal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keaman terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Ancaman itu bisa nyata atau hanya imajinasi (misalnya: penyakit, nyeri, cemas, dan sebagainya). Dalam konteks hubungan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami, tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang di sekitarnya dan lingkungannya. Ketidaktahuan akan sesuatu kadang membuat perasaan cemas dan tidak aman (Asmadi, 2005).

### B. KLASIFIKASI KEBUTUHAN KESELAMATAN ATAU KEAMANAN

#### 1. Keselamatan Fisik

Mempertahankan keselamatan fisik melibatkan keadaan mengurangi atau mengeluarkan ancaman pada tubuh atau kehidupan. Ancaman tersebut mungkin penyakit, kecelakaan, bahaya, atau pemajanan pada lingkungan. Pada saat sakit, seorang klien mungkin rentan terhadap komplikasi seperti infeksi, oleh karena itu bergantung pada profesional dalam sistem pelayanan kesehatan untuk perlindungan.

Memenuhi kebutuhan keselamatan fisik kadang mengambil prioritas lebih dahulu di atas pemenuhan kebutuhan fisiologis. Misalnya, seorang perawat perlu melindungi klien dari kemungkinan jatuh dari tempat tidur sebelum memberikan perawatan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi (Potter & Perry, 2005), di sini perawat memasang pelindung klien.

## **2. Keselamatan Psikologis**

Untuk selamat dan aman secara psikologi, seorang manusia harus memahami apa yang diharapkan dari orang lain, termasuk anggota keluarga dan profesional pemberi perawatan kesehatan. Seseorang harus mengetahui apa yang diharapkan dari prosedur, pengalaman yang baru, dan hal-hal yang dijumpai dalam lingkungan. Setiap orang merasakan beberapa ancaman keselamatan psikologis pada pengalaman yang baru dan yang tidak dikenal (Potter & Perry, 2005).

Orang dewasa yang sehat secara umum mampu memenuhi kebutuhan keselamatan fisik dan psikologis mereka tanpa bantuan dari profesional pemberi perawatan kesehatan. Bagaimanapun, orang yang sakit atau cacat lebih rentan untuk terancam kesejahteraan fisik dan emosinya, sehingga intervensi yang dilakukan perawat adalah untuk membantu melindungi mereka dari bahaya (Potter & Perry, 2005). Keselamatan psikologis justru lebih penting dilakukan oleh seorang perawat karena tidak tampak nyata namun memberi dampak yang kurang baik bila tidak diperhatikan.

## **3. Lingkup Kebutuhan Keamanan atau Keselamatan**

Lingkungan Klien mencakup semua faktor fisik dan psikososial yang mempengaruhi atau berakibat terhadap kehidupan dan kelangsungan hidup klien. Di sini menyangkut kebutuhan fisiologis juga. Teman-teman pasti masih ingat kebutuhan fisiologis kita, itu lho.. yang terdiri dari kebutuhan terhadap oksigen, kelembaban yang optimum, nutrisi, dan suhu yang optimum akan mempengaruhi kemampuan seseorang.

## **4. Macam-macam bahaya/kecelakaan:**

- a. di rumah;
- b. di RS : mikroorganisme;
- c. cahaya;
- d. kebisingan;
- e. cedera;
- f. kesalahan prosedur;
- g. peralatan medik, dan lain-lain.

## **5. Cara Meningkatkan Keamanan:**

- a. mengkaji tingkat kemampuan pasien untuk melindungi diri;
- b. menjaga keselamatan pasien yang gelisah;
- c. mengunci roda kereta dorong saat berhenti;
- d. penghalang sisi tempat tidur;
- e. bel yang mudah dijangkau;
- f. meja yang mudah dijangkau;
- g. kereta dorong ada penghalangnya;
- h. kebersihan lantai;
- i. prosedur tindakan.

### C. DEFINISI KENYAMANAN

Kolcaba (1992, dalam Potter & Perry, 2005) mengungkapkan kenyamanan/rasa nyaman adalah suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan akan ketentraman (suatu kepuasan yang meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan telah terpenuhi), dan transenden (keadaan tentang sesuatu yang melebihi masalah atau nyeri). Kenyamanan mesti dipandang secara holistik yang mencakup empat aspek yaitu:

1. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh.
2. Sosial, berhubungan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial.
3. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri sendiri yang meliputi harga diri, seksualitas, dan makna kehidupan).
4. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperatur, warna, dan unsur alamiah lainnya.

Kenyamanan adalah konsep sentral tentang kiat keperawatan (Donahue, 1989) dalam Alimul, 2006, meringkaskan “melalui rasa nyaman dan tindakan untuk mengupayakan kenyamanan...”. Perawat memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan dan bantuan. Berbagai teori keperawatan menyatakan kenyamanan sebagai kebutuhan dasar klien yang merupakan tujuan pemberian asuhan keperawatan. Konsep kenyamanan mempunyai subjektifitas yang sama dengan nyeri. Setiap individu memiliki karakteristik fisiologis, sosial, spiritual, psikologis, dan kebudayaan yang mempengaruhi cara mereka menginterpretasikan dan merasakan nyeri. Kolcaba (1992) mendefinisikan kenyamanan dengan cara yang konsisten pada pengalaman subjektif klien.

Meningkatkan kebutuhan rasa nyaman diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan. Secara umum dalam aplikasinya pemenuhan kebutuhan rasa nyaman adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri, dan hipo/hipertermia. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri dan hipo/hipertermia merupakan kondisi yang mempengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien.

#### 1. Pengertian Nyeri

Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri merupakan kondisi berupa perasaan tidak menyenangkan bersifat sangat subyektif karena perasaan nyeri berbeda pada setiap orang dalam hal skala atau tingkatannya, dan hanya orang tersebutlah yang dapat menjelaskan atau mengevaluasi rasa nyeri yang dialaminya. Menurut beberapa ahli, nyeri diartikan sebagai berikut.

- a. Mc. Coffery (1979), mendefinisikan nyeri sebagai suatu keadaan yang mempengaruhi seseorang yang keberadaannya diketahui hanya jika orang tersebut pernah mengalaminya.

- b. Wofl Weitzel Fuerst (1974), mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu perasaan menderita secara fisik dan mental atau perasaan yang bisa menimbulkan ketegangan.
- c. Arthur C Curton (1983), mengatakan bahwa nyeri merupakan suatu mekanisme produksi tubuh, timbul ketika jaringan sedang di rusak dan menyebabkan individu tersebut bereaksi untuk menghilangkan rangsangan nyeri.
- d. Scrumum, mengartikan nyeri sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan akibat terjadinya rangsangan fisik maupun dari serabut saraf dalam tubuh ke otak dan diikuti oleh reaksi fisik, fisiologis dan emosional.

**2. Fisiologi Nyeri**

Terjadinya nyeri berkaitan erat dengan reseptor dan adanya rangsangan. Reseptor nyeri yang dimaksud adalah nociceptor, merupakan ujung-ujung saraf sangat bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin, yang tersebar pad akulit dan mukosa, khususnya pada vicera, persendian, dinding arteri, hati dan kadung empedu. Reseptor nyeri dapat memberikan respon akibat adanya stimulasi atau rangsangan. Stimulasi tersebut dapat berupa zat kimiawi seperti bradikinin, histamin, prostaglandin, dan macam-macam asam yang dilepas apabila terdapat kerusakan pada jaringan akibat kekurangan oksigenasi. Stimulasi yang lain dapat berupa termal, listrik atau mekanis.

**3. Klasifikasi Nyeri**

Secara umum nyeri dibedakan menjadi 2 yakni: nyeri akut dan nyeri kronis. Nyeri akut merupakan nyeri yang timbul secara mendadak dan cepat menghilang, yang tidak melebihi 6 bulan dan ditandai adanya peningkatan tegangan otot. Nyeri kronis adalah nyeri yang timbul secara perlahan-lahan, biasanya berlangsung dalam waktu yang cukup lama, yaitu lebih dari 6 bulan. Yang termasuk dalam nyeri kronis ini adalah nyeri terminal, sindrom nyeri kronis, dan nyeri psikosomatis.

Bila ditinjau dari sifat terjadinya, nyeri dibagi menjadi nyeri tertusuk dan nyeri terbakar.

*Tabel 9.1  
Perbedaan Nyeri Akut dan Kronis*

<b>Karakteristik</b>	<b>Nyeri Akut</b>	<b>Nyeri Kronis</b>
Pengalaman	Satu kejadian	Satu situasi, status eksistensi
Sumber	Sebab eksternal/penyakit dari dalam	Tidak diketahui atau pengobatan yang terlalu lama
Serangan	Mendadak	Bisa mendadak, berkembang dan terselubung
Waktu	Sampai 6 bulan	Lebih dari 6 bulan sampai bertahun tahun
Pernyataan nyeri	Daerah nyeri tidak diketahui dengan pasti	Daerah nyeri sulit dibedakan intensitasnya, sehingga sulit dievaluasi

Karakteristik	Nyeri Akut	Nyeri Kronis
Gejala-gejala klinis	Pola respons yang khas dengan gejala yang lebih jelas	Pola respons yang bervariasi dengan sedikit gejala (adaptasi)
Pola	Terbatas	Berlangsung terus, dapat bervariasi
Perjalanan	Biasanya berkurang setelah beberapa saat	Penderitaan meningkat setelah beberapa saat

Sumber: Barbara C Long, 1989.

#### 4. Teori Nyeri

Terdapat beberapa teori tentang terjadinya nyeri, di antaranya (Barbara C Long, 1989):

##### a. Teori Pemisahan (*Specificity Theory*)

Menurut teori ini, rangsangan sakit masuk ke medula spinalis melalui kornu dorsalis yang bersinaps di daerah posterior, kemudian naik ke tractus lissur dan menyilang di garis median ke sisi lainnya dan berakhir di korteks sensoris tempat rangsangan nyeri tersebut diteruskan.

##### b. Teori Pola (*Pattern Theory*)

Rangsangan nyeri masuk melalui akar ganglion dorsal ke medula spinalis dan merangsang aktivitas sel T. Hal ini mengakibatkan suatu respons yang merangsang ke bagian yang lebih tinggi, yaitu korteks serebri, serta kontraksi menimbulkan persepsi dan otot berkontraksi sehingga menimbulkan nyeri. Persepsi dipengaruhi oleh modalitas dari reaksi sel T.

##### c. Teori Pengendalian Gerbang (*Gate Control Theory*)

Menurut teori ini nyeri bergantung dari kerja serat saraf besar dan kecil yang keduanya berada dalam akar ganglion dorsalis. Rangsangan pada serat saraf besar akan meningkatkan aktivitas substansia gelatinosa yang mengakibatkan tertutupnya pintu mekanisme sehingga aktivitas sel T terhambat dan menyebabkan hantaran rangsangan ikut terhambat. Rangsangan serat besar dapat langsung merangsang korteks serebri. Hasil persepsi ini akan dikembalikan ke dalam medulla spinalis melalui serat eferen dan reaksinya mempengaruhi aktivitas sel T. Rangsangan pada serat kecil akan menghambat aktivitas substansia gelatinosa dan membuka pintu mekanisme, sehingga merangsang aktivitas sel T yang selanjutnya akan menghantarkan rangsangan nyeri.

##### d. Teori Transmisi dan Inhibisi

Adanya stimulus pada nociceptor memulai transmisi impuls-impuls saraf, sehingga transmisi impuls nyeri menjadi efektif oleh neurotransmitter yang spesifik. Kemudian inhibisi impuls nyeri menjadi efektif oleh impuls-impuls pada serabut-serabut besar yang memblokir impuls-impuls pada serabut lamban dan endogen opiate sistem supresif.

## **5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri**

Pengalaman nyeri seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa hal, antara lain:

### *a. Arti nyeri*

Arti nyeri bagi seseorang memiliki banyak perbedaan dan hampir sebagian arti nyeri merupakan arti yang negatif, seperti membahayakan, merusak, dan lain-lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti usia, jenis kelamin, latar belakang sosial budaya, dan pengalaman.

### *b. Persepsi nyeri*

Persepsi nyeri merupakan penilaian yang sangat subyektif tempatnya pada korteks (pada fungsi evaluatif kognitif). Persepsi ini dipengaruhi oleh faktor yang dapat memicu stimuli nociceptor.

### *c. Toleransi nyeri*

Toleransi ini erat hubungannya dengan intensitas nyeri yang dapat mempengaruhi kemampuan seseorang menahan nyeri. Faktor yang dapat mempengaruhi peningkatan toleransi nyeri antara lain: alkohol, obat-obatan, hipnotis, dan lain-lain. Sedangkan faktor yang dapat menurunkan toleransi nyeri antara lain: kelelahan, rasa marah, bosan, cemas, nyeri yang tidak kunjung hilang, sakit, dan lain-lain.

### *d. Reaksi terhadap nyeri*

Reaksi terhadap nyeri merupakan bentuk respons seseorang terhadap nyeri, seperti ketakutan, gelisah, cemas, menangis, dan menjerit. Semua ini merupakan bentuk responnyeri yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti arti nyeri, tingkat persepsi nyeri, pengalaman masa lalu, nilai budaya, harapan sosial, kesehatan fisik dan mental, rasa takut, cemas, usia dan lain-lain.

## **6. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keamanan dan Kenyamanan**

### *a. Emosi*

Kecemasan, depresi, dan marah akan mudah terjadi dan mempengaruhi keamanan dan kenyamanan.

### *b. Status mobilisasi*

Keterbatasan aktivitas, paralisis, kelemahan otot, dan kesadaran menurun memudahkan terjadinya risiko injury.

### *c. Gangguan persepsi sensory*

Mempengaruhi adaptasi terhadap rangsangan yang berbahaya seperti gangguan penciuman dan penglihatan.

*d. Keadaan imunitas*

Gangguan ini akan menimbulkan daya tahan tubuh kurang sehingga mudah terserang penyakit.

*e. Tingkat kesadaran*

Pada pasien koma, respons akan menurun terhadap rangsangan, paralisis, disorientasi, dan kurang tidur.

*f. Informasi atau komunikasi*

Gangguan komunikasi seperti aphasia atau tidak dapat membaca dapat menimbulkan kecelakaan.

*g. Gangguan tingkat pengetahuan*

Kesadaran akan terjadi gangguan keselamatan dan keamanan dapat diprediksi sebelumnya.

*h. Penggunaan antibiotik yang tidak rasional*

Antibiotik dapat menimbulkan resisten dan anafilaktik syok.

*i. Status nutrisi*

Keadaan kurang nutrisi dapat menimbulkan kelemahan dan mudah menimbulkan penyakit, demikian sebaliknya dapat berisiko terhadap penyakit tertentu.

*j. Usia*

Pembedaan perkembangan yang ditemukan diantara kelompok usia anak-anak dan lansia mempengaruhi reaksi terhadap nyeri.

*k. Jenis kelamin*

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara bermakna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya.

*l. Kebudayaan*

Keyakinan dan nilai-nilai kebudayaan mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri dan tingkat nyaman yang mereka punyai.

Jenis dasar risiko terhadap keamanan klien di dalam lingkungan pelayanan kesehatan adalah jatuh, kecelakaan yang disebabkan oleh klien, kecelakaan yang disebabkan oleh prosedur, dan kecelakaan yang disebabkan oleh penggunaan alat. (Potter & Perry, 2005).

## 1. Jatuh

Jatuh merupakan 90% jenis kecelakaan yang dilaporkan dari seluruh kecelakaan yang terjadi di rumah sakit. Risiko jatuh lebih besar dialami oleh klien lansia. Selain usia, riwayat jatuh terdahulu, masalah pola sikap berjalan dan mobilisasi, hipotensi postural, perubahan sensorik, disfungsi saluran dan kandung kemih, dan beberapa kategori diagnose tertentu seperti kanker, penyakit kardiovaskuler, neurologi, dan penggunaan obat-obatan dan interaksi obat juga dapat menyebabkan jatuh modifikasi dalam lingkungan pelayanan kesehatan dengan mudah mengurangi risiko jatuh. Oleh karena itu semua hal yang berhubungan dengan klien harus diperhatikan, seperti ; pegangan yang aman di toilet, kunci pada tempat tidur, pagar tempat tidur dan bel pemanggil beberapa bentuk keamanan yang ditemukan dalam pelayanan kesehatan.

Tindakan yang dapat dilakukan untuk mencegah jatuh (Potter & Perry, 2005):

- a. orientasikan klien terhadap lingkungan fisik sekitarnya;
- b. jelaskan penggunaan sistem bel pemanggil;
- c. kaji risiko klien untuk jatuh;
- d. tempatkan klien yang berisiko jatuh dekat dengan ruangan perawat;
- e. ingatkan seluruh petugas terhadap risiko klien jatuh;
- f. instruksikan klien dan keluarga untuk mencari bantuan bila klien bangun dari tempat tidur;
- g. jawablah panggilan bel klien dengan cepat;
- h. jaga agar tempat tidur klien tetap berada pada posisi rendah dengan sisi pembatas tempat tidur yang terpasang jika diperlukan;
- i. jaga barang-barang pribadi tetap berada dalam jangkauan klien;
- j. kurangi keributan;
- k. kunci seluruh tempat tidur, kursi roda atau brankar;
- l. observasi klien secara teratur;
- m. anjurkan keluarga untuk berpartisipasi dalam perawatan klien.

## 2. Oksigen

Kebutuhan fisiologis yang terdiri dari kebutuhan terhadap oksigen akan mempengaruhi keamanan pasien. Namun bila tidak digunakan secara benar oksigen juga bisa menimbulkan ketidakamanan, oleh karena itu *system gas medic* harus diatur seperti berikut.

- a. Gas medik disimpan dengan benar dan dipasang dalam area berventilasi cukup area penyimpanan dengan kompartemen.
- b. Lokasi yang benar dan aman untuk penyimpanan gas medik.
- c. Untuk penggunaan di rumah sakit gas medik harus dalam pipa, minimum penyimpanan selama minimum 7 (tujuh) hari.
- d. Untuk rumah sakit yang menggunakan silinder individual, penyimpanan minimum untuk 3 (tiga) hari.
- e. Tangki mempunyai segel (seal) utuh dan aman dari pemasok.
- f. Pipa gas medik yang dipasang di dinding dilengkapi dengan penyangga pipa.
- g. Angkur dilengkapi untuk tangki, silinder, dan peralatan terkait.

- h. Keselamatan sistem distribusi gas medik (katup, pipa dan sambungan) terjamin.
- i. Alat ukur fungsional dan fitting.
- j. Menggunakan pipa standar (kedap api, kedap air)
- k. Sambungan pipa tidak boleh dipertukarkan.
- l. Melakukan prosedur pengujian secara reguler.
- m. Dengan katup penutup zona dalam kasus kebocoran (contoh di dalam kasus kebakaran pada kompleks ruang operasi, katup zona dapat menutup).
- n. Tangki cadangan oksigen tersedia dalam kasus evakuasi pasien darurat.
- o. Gas industri diletakkan di luar bangunan dan dilengkapi dengan pengaman penutup otomatis (contoh LPG).
- p. Apabila aktivitas atau mungkin penyimpanan melibatkan bahaya ledakan, ventilasi ledakan ke luar bangunan harus dilengkapi dengan kaca tipis atau ventilasi lain yang disetujui.
- q. Semua konstruksi yang secara aktif terlibat pengoperasian yang berbahaya harus mempunyai tingkat ketahanan api 1 (satu) jam dan bukaan antara setiap bangunan dan ruangan-ruangan atau ruang tertutup untuk pengoperasian yang berbahaya harus diproteksi dengan pintu kebakaran yang menutup sendiri atau otomatis.

### **3. Pencahayaan**

Rumah sakit merupakan sarana pelayanan publik yang penting. Tata pencahayaan dalam ruang rawat inap dapat mempengaruhi kenyamanan pasien selama menjalani rawat inap, disamping itu juga berpengaruh bagi kelancaran paramedis dalam menjalankan aktivitasnya untuk melayani pasien (Adi Santosa).

Depkes RI (1992) mendefinisikan pencahayaan sebagai jumlah penyinaran pada suatu bidang kerja yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan secara efektif. Pada rumah sakit intensitas pencahayaan antara lain sebagai berikut.

- a. Untuk ruang pasien saat tidak tidur sebesar 100-200 lux Dengan warna cahaya sedang,
- b. Pada saat tidur maksimum 50 lux,
- c. Koridor minimal 60 lux,
- d. Tangga minimal 100 lux, dan
- e. Toilet minimal 100 lux.

Pencahayaan alam maupun buatan diupayakan agar tidak menimbulkan silau dan intensitasnya sesuai dengan peruntukannya.

### **4. Kecelakaan yang Disebabkan oleh Prosedur**

Kecelakaan yang disebabkan oleh prosedur terjadi selama terapi. Hal ini meliputi kesalahan pemberian medikasi dan cairan. Perawat dapat melaksanakan sesuai prosedur agar tidak terjadi kecelakaan, ada enam (6) benar cara pemberian obat yang harus ditaati. Enam benar pemberian obat, yaitu:

- a. Tepat obat: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, menanyakan ada tidaknya alergi obat, menanyakan keluhan pasien sebelum dan setelah memberikan obat, mengecek label obat, mengetahui reaksi obat, mengetahui efek samping obat, hanya memberikan obat yang didiagnosis sendiri.

- b. Tepat dosis: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek hasil hitungan dosis dengan dengan perawat lain, mencampur/mengoplos obat.
- c. Tepat waktu: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek tanggal kadaluarsa obat, memberikan obat dalam rentang 30 menit.
- d. Tepat pasien: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, memanggil nama pasien yang akan diberikan obat, mengecek identitas pasien pada papan/kardeks di tempat tidur pasien
- e. Tepat cara pemberian: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mengecek cara pemberian pada label/kemasan obat.
- f. Tepat dokumentasi: mengecek program terapi pengobatan dari dokter, mencatat nama pasien, nama obat, dosis, cara, dan waktu pemberian obat.

Potensial terjadinya infeksi akan berkurang bila teknik septik aseptik tidak ditaati. Salah satunya adalah dengan cuci tangan yang benar.

Menurut Depkes (2007), mencuci tangan adalah proses yang secara mekanisme melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan sabun biasa dan air. Tujuan mencuci tangan menurut Depkes (2007) adalah merupakan salah satu unsur pencegahan penularan infeksi.

Adapun teknik cuci tangan yang efektif sesuai prosedur cuci tangan menurut WHO (2007) yaitu sebagai berikut.

- a. Dimulai cuci tangan dengan menggunakan air mengalir dan bersih.
- b. Menggunakan sabun cair atau sabun batangan, menggosokkan sabun tersebut sampai berbusa banyak di telapak tangan.
- c. Menggosokkan ke bagian punggung tangan dengan jari tangan menjalin secara bergantian, sebanyak 3 (tiga) kali.
- d. Membersihkan sela-sela jari secara bergantian sebanyak 3 kali.
- e. Mengepalkan salah satu tangan (dengan posisi mengunci) dan menggosokkan ke permukaan tangan lainnya dimulai dengan menggosokkan buku-buku jari tangan, kuku tangan, dan ujung-ujung jari tangan secara bergantian, sebanyak 3 (tiga) kali.
- f. Memutar-mutar ibu jari tangan dengan salah satu tangan yang dilakukan secara bergantian, sebanyak 3 (tiga) kali.
- g. Membilas tangan dengan air mengalir mulai dari permukaan tangan sampai dengan sikut tangan.
- h. Mengeringkan tangan dengan handuk bersih/tissue.

## **5. Kecelakaan yang Disebabkan Peralatan**

Kecelakaan yang disebabkan peralatan terjadi karena alat yang digunakan tidak berfungsi, rusak atau salah digunakan. Hal-hal yang dapat terjadi antara lain kebakaran. Kebakaran dapat terjadi karena listrik atau anestetik.

Menurut Kemenkes dalam Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit yang aman dalam situasi darurat dan bencana dalam hal sistem listrik adalah sebagai berikut.

*Sistem Kelistrikan:*

- 1) Generator darurat mempunyai kapasitas memenuhi kebutuhan prioritas rumah sakit (ketentuan untuk sistem cadangan kelistrikan, termasuk untuk ruang operasi, perawatan intensif dan lorong).
- 2) Voltase distribusi yang lebih tinggi, seperti sistem 380/220V-3 phase, 4 kawat dipertimbangkan terhadap biaya awal rendah dan nilai tambah yang lebih besar untuk efisiensi jangka panjang.
- 3) Rumah generator atau rumah sumber daya (*Power House*) di proteksi dari bencana alam dan bencana yang dibuat manusia; dibuat dari beton yang diperkuat; ketinggian lantainya lebih tinggi dari tanah.
- 4) Generator dan peralatan lainnya yang bergetar harus dipasang dengan pengikat (bracket) khusus yang memungkinkan gerakan tetapi mencegahnya dari terjungkir.
- 5) mempunyai generator yang tidak berisik dan tidak bergetar; sistem buangan harus dibuat dalam bentuk silencer jenis kritis, atau kualitas rumah sakit dan unit dilengkapi dengan isolator getaran jika generator berada di dalam bangunan.
- 6) generator dilengkapi dengan sakelar pemindah otomatis.
- 7) menggunakan sistem pendingin transformer yang tidak mudah terbakar (yaitu jenis kering, resin epoxy atau minyak silikon atau minyak temperatur tinggi)
- 8) menggunakan sistem proteksi bio (BPS), kawat mempunyai sertifikat standar, lebih disukai dengan insulasi thermoplastik nilon tahan panas tinggi dan kabel dipasang erat dan dikencangkan pada pemutus arus (CB) atau sakelar atau pengaman kawat.
- 9) Pemutus beban, kontraktor magnetic, pengaman lebur, atau sakelar tanpa pengaman lebur yang terpasang dalam panel control harus terproteksi.
- 10) Dalam kamar mandi dan dalam area basah atau lembab, kotak kontak harus dilengkapi dengan pemutus kegagalan sirkit pembumian (GPAS = Gawai Proteksi Arus Sisa).
- 11) Kotak kontak (stop kontak, outlet) dilengkapi dengan kutup pembumian.
- 12) Bagian-bagian metalik dari sistem elektrik yang bukan conduit arus, dibumikan dengan benar, termasuk penutup elektrik, kotak, selokan, duct dan tray.
- 13) Panel kontrol diproteksi, sakelar pemutus arus dan kabel mengikuti standar SNI 0225-2000, Persyaratan Umum Instalasi Listrik dan diproteksi dengan *electrical surge suppressor*.
- 14) Semua sistem elektrik dan ruangan-ruangan diproteksi dengan unit pemadam api kimia ringan.
- 15) Sistem ducting - polyvinyl chloride (PVC) untuk daya dan pencahayaan; conduit baja kaku atau conduit metal menengah untuk sistem deteksi dan alarm; PVC untuk telepon, intekom, CCTV, kabel TV, jaringan data komputer.
- 16) Menggunakan pencahayaan fluorecent kompak hemat energi dan tabung merkuri tanpa merkuri.
- 17) Pencahayaan yang cukup dalam seluruh area rumah sakit, termasuk halaman.
- 18) Sistem listrik eksterior dipasang di bawah tanah.

- 19) Listrik fungsional dan lampu darurat dengan batere cadangan dalam seluruh area ktiris.
- 20) Luminus (armatur) lampu eksit dengan baterai cadangan.

Intervensi yang dapat dilakukan adalah dengan melengkapi system alarm. Menurut Kemenkes dalam Pedoman Teknis Bangunan Rumah Sakit yang aman dalam situasi darurat dan bencana dalam hal sistem pemadam kebakaran adalah:

- 1) Sistem Pemadam Kebakaran
  - a) Sistem alarm, deteksi dan pemadaman harus dihubungkan dengan sistem alarm kebakaran otomatis, sistem deteksi panas dan/atau sistem pemadam kebakaran otomatis.
  - b) Sistem alarm kebakaran dapat dioperasikan secara manual dan otomatis.
  - c) Sistem alarm kebakaran di monitor oleh pos pemadam kebakaran atau agen monitor yang terakreditasi.
  - d) Deteksi panas dan asap dipasang di koridor rumah sakit, panti jompo, dan fasilitas penyandang cacat.
  - e) Detektor asap harus tidak dipasang terlalu jauh dari 9 (sembilan) meter dari titik pusatnya dan lebih dari 4 (empat) dan 6 (enam) sampai 10 meter dari setiap dinding.
  - f) Menggunakan zat pemadaman yang ramah lingkungan, efektif dan kerusakan yang diakibatkannya kecil.
  - g) Setiap ruangan dilengkapi dengan alat pemadam api ringan.
  - h) Direkomendasikan alat pemadam api ringan; untuk peralatan elektrikal dan elektronik menggunakan carbon dioksida, untuk layanan umum menggunakan alat pemadam api ringan jenis ABC.
  - i) Dengan pipa tegak basah lengkap dengan perlengkapannya.
  - j) Mempunyai program keselamatan terhadap kebakaran dengan mengutamakan sebagai berikut.
    - (1) Di organisasi oleh dinas kebakaran yang melakukan seminar, pelatihan pemadaman api, pelatihan evakuasi dalam situasi kebakaran, pelatihan pada saat terjadinya gempa bumi,
    - (2) Melakukan pelatihan pemadaman api dan evakuasi pada situasi kebakaran
    - (3) Melakukan penanggulangan kebakaran, latihan pencegahan dan pemadaman kebakaran.
    - (4) Tersedia peralatan pemadam kebakaran.
    - (5) Pemeliharaan pencegahan dari peralatan pemadam kebakaran.
    - (6) Tersedia gambar eksit kebakaran dan gambar ketentuan evakuasi melalui eksit kebakaran di tempat yang menyolok pada setiap tingkat lantai.

2) Sistem Eksit Darurat

- a) Lantai balok dari jalan keluar diterangi pada semua titik termasuk sudut dan persimpangan dari koridor dan lorong, bordes tangga dan pintu eksit (exit) dengan lampu yang mempunyai lumen minimal 0,001 lumen per cm<sup>2</sup>.
- b) Sumber pencahayaan mudah diakses dan andal, seperti layanan listrik PLN.
- c) Fasilitas pencahayaan darurat dijaga dengan tingkat iluminasi tertentu pada kejadian kegagalan pencahayaan normal untuk jangka waktu sekurang-kurangnya 1 jam.
- d) Tanda arah "EXIT"/KELUAR diterangi, dengan warna khusus, dengan sumber yang andal, 0,005 lumen per cm<sup>2</sup>.
- e) Tinggi huruf dari tanda arah 15 cm dengan huruf yang menonjol dengan lebar tidak kurang dari 19 mm.
- f) Lengkapi luminous (armature) penunjuk arah eksit pada dinding dan diletakkan 30 cm atau lebih rendah dari permukaan lantai.

Jika terjadi kebakaran, maka perawat harus melindungi klien dari cedera, melaporkan lokasi kebakaran, dan membatasi lokasi penyebaran api. Salah satu tingkatan yang sangat membantu untuk membuat prioritas saat terjadi kebakaran adalah RACE: Rescue, Alarm, Confine, dan Extinguish. Penyelamatan dan pemindahan seluruh klien dari berbahaya yang mengancam. Dengan menggunakan prosedur peringatan berbahaya untuk melaporkan lokasi kebakaran, maka petugas harus mengambil tindakan untuk membatasi penyebaran atau memadamkan kebakaran (misalnya menutup pintu dan jendela, mematikan oksigen dan alat-alat listrik dan menggunakan alat pemadam kebakaran).

Klien yang terjebak dalam kebakaran, berapa pun besarnya kebakaran tersebut, berada dalam risiko dan harus dipindahkan ke area lain.

- 1) Jika klien menggunakan oksigen tetapi tidak menjadi pendukung kehidupannya, maka perawat dapat melepaskan oksigen tersebut.
- 2) Jika klien menggunakan oksigen sebagai pendukung kehidupannya maka perawat harus mempertahankan status pernapasan klien secara manual dengan menggunakan ambubag sampai klien terlepas dari ancaman kebakaran.
- 3) Klien yang bisa berjalan dapat diarahkan untuk berjalan sendiri ke arah yang aman dan pada beberapa kasus mungkin dapat dibantu dengan kursi roda.
- 4) Klien yang berbaring di tempat tidur umumnya dipindahkan dengan menggunakan brankar, tempat tidur atau kursi roda.

Jika tidak ada satu pun metode yang dapat digunakan, maka klien harus diangkat dari ares tersebut.

## Latihan

Untuk mengakhiri materi ini Anda kami berikan tugas untuk menerapkan standar keamanan dan kenyamanan klien yang anda asuh dan membiasakan diri selalu melakukan hal yang menjaga keamanan kenyamanan klien dan diri sendiri.

Gambarkan skala Wong-Baker FACES Pain Rating?

## Ringkasan

Kebutuhan akan keselamatan atau keamanan adalah kebutuhan untuk melindungi diri dari bahaya fisik. Ancaman terhadap keselamatan seseorang dapat dikategorikan sebagai ancaman mekanis, kimiawi, retmal dan bakteriologis. Kebutuhan akan keamanan terkait dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan fisiologis berkaitan dengan sesuatu yang mengancam tubuh dan kehidupan seseorang. Ancaman itu bisa nyata atau hanya imajinasi (misal, penyakit, nyeri, cemas, dan sebagainya). Dalam konteks hubungan interpersonal bergantung pada banyak faktor, seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan mengontrol masalah, kemampuan memahami, tingkah laku yang konsisten dengan orang lain, serta kemampuan memahami orang-orang di sekitarnya dan lingkungannya.

Sebagai seorang perawat harus menjaga keamanan dan kenyamanan klien harus kita jaga disamping tetap menjaga keamanan dan kenyamanan perawat itu sendiri, terlebih di era sekarang ini perkembangan penyakit juga semakin memprihatinkan, jadi kita sebagai perawat harus bisa menjaga diri dengan selalu mentaati waktu cuci tangan dan menggunakan alat pelindung diri (APD) yang baik dan benar.

## Tes 1

- 1) Anda didatangi seorang klien yang baru saja jatuh naik sepeda motor dengan berdarah-darah minta diobati, sesuai prinsip keamanan kenyamanan, tindakan yang Anda lakukan ....
  - A. membersihkan darahnya segera dan memberi obat
  - B. mencuci tangan dan mempersilakan klien membersihkan sendiri
  - C. mencuci tangan, memakai sarung tangan dan merawat lukanya
  - D. memberi obat antibiotika dan mempersilakan segera pulang
  
- 2) Untuk mencegah kesalahan memberikan obat kepada klien, kita harus memperhatikan 6 benar cara pemberian obat. Salah satunya benar cara, maksudnya ....
  - A. obat diberikan sesuai dengan bentuk obat, misal injeksi, oral
  - B. obat diberikan dengan cara yang sopan kepada klien

- C. obat diberikan dengan cara memaksa klien mentaati aturannya
  - D. obat diberikan dengan cara yang biasa dikerjakan oleh klien
- 3) Klien mau diantar ke ruang operasi untuk dilakukan operasi, tindakan penyelamatan yang Anda lakukan ....
- A. memasang pelindung pada kereta dorong
  - B. memasang mitela pada kepala klien
  - C. memberikan suntikan antibiotika
  - D. memakai sarung tangan
- 4) Bila mau melakukan injeksi, hal yang dikaji sehubungan dengan keamanan dan kenyamanan klien ....
- A. sudah berapa lama dirawat di rumah sakit
  - B. harus selalu memakai sarung tangan steril
  - C. apakah klien pernah disuntik
  - D. apakah ada riwayat alergi obat
- 5) Sebagai seorang perawat, kita juga wajib menjaga diri supaya selalu berada di keadaan aman dan nyaman, maka bila merawat klien dan memegang cairan tubuh klien yang dilakukan sebelumnya adalah ....
- A. mencuci tangan
  - B. memakai sarung tangan
  - C. memakai schort tertutup
  - D. memakai masker

## Topik 2

# Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Keamanan dan Kenyamanan

### A. PENGKAJIAN

Pada kebutuhan keamanan, pengkajian menunjukkan pengelompokan data yang mengidentifikasi klien mempunyai risiko keamanan yang aktual atau potensial. Sedangkan pengkajian pada masalah nyeri seperti lokasi nyeri, intensitas nyeri, kualitas dan waktu serangan. Pengkajian dapat dilakukan dengan cara PQRST yaitu:

Pemacu, yaitu faktor yang mempengaruhi gawat/ringannya nyeri

Quality, dari nyeri, seperti rasa tajam, tumpul atau tersayat

Region, yaitu daerah perjalanan nyeri

Severity, adalah keparahan atau intensitas nyeri

Time, lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri.

### B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Berikut beberapa contoh diagnosa keperawatan NANDA untuk risiko keamanan dan kenyamanan:

1. Keamanan:
  - a. Risiko cedera berhubungan dengan: perubahan mobilisasi, penataan lingkungan fisik di rumah.
  - b. Risiko keracunan berhubungan dengan: kontaminasi zat kimia pada makanan atau air, penyimpanan obat-obatan yang mudah dijangkau oleh anak-anak, penurunan penglihatan.
  - c. Risiko asfeksia berhubungan dengan: penurunan kemampuan motorik, bantal yang terletak di atas tempat tidur bayi, ventilasi alat pemanas yang kurang tepat.
  - d. Gangguan proses pikir berhubungan dengan: kehilangan memori, kesulitan tidur, efek samping obat.
  - e. Defisit pengetahuan berhubungan dengan: salah interpretasi informasi, perubahan fungsi kognitif.
2. Kenyamanan/nyeri:
  - a. Nyeri akut akibat fraktur panggul.
  - b. Nyeri kronis akibat artritis.
  - c. Gangguan mobilitas akibat nyeri pada ekstremitas.
  - d. Kurangnya perawatan diri akibat ketidakmampuan menggerakkan tangan.
  - e. Cemas akibat adanya peningkatan nyeri.

3. **Intervensi/Perencanaan**

Pada klien yang mengalami gangguan keamanan. Perawat merencanakan intervensi yang individual dengan berdasarkan beratnya risiko yang dihadapi klien, tahap perkembangan, status kesehatan, dan gaya hidup klien. Sedangkan untuk memberikan kenyamanan klien, intervensi yang dilakukan adalah:

- a. mengurangi dan membatasi faktor-faktor yang menambah nyeri;
- b. menggunakan berbagai teknik non invasif untuk memodifikasi nyeri yang dialami;
- c. menggunakan cara-cara untuk mengurangi nyeri yang optimal, seperti memberikan analgesik sesuai dengan program yang ditentukan.

4. **Implementasi/Pelaksanaan**

Implementasi dilakukan untuk meningkatkan dan mempertahankan keamanan klien. Sedangkan pada kenyamanan, implementasi dilakukan untuk mengurangi faktor yang dapat menambah nyeri, misalnya ketidakpercayaan, kesalahpahaman, ketakutan, kelelahan dan kebosanan.

5. **Evaluasi**

Rencana keperawatan yang dirancang untuk mengurangi risiko cedera pada klien, dievaluasi dengan cara membandingkan kriteria hasil dengan tujuan yang ditetapkan selama tahap perencanaan.

Sedangkan evaluasi terhadap masalah nyeri dilakukan dengan menilai kemampuan dalam merespons rangsangan nyeri, diantaranya hilangnya perasaan nyeri, menurunnya intensitas nyeri, adanya respons fisiologis yang baik dan pasien mampu melakukan aktifitas sehari-hari tanpa keluhan nyeri.

## **Latihan**

Ny. W umur 13 tahun pekerjaan pelajar, keluhan utama nyeri ulu hati, dialami sejak 3 hari yang lalu, terus-menerus, nyeri dirasakan memberat jika terlambat makan, perut terasa kembung dan sering merasa mual, sering makan tidak teratur, memiliki BB:43 kg, TB: 148 cm, IMT: 19,63 kg/m<sup>2</sup> TD:120/70, HR:92x/i, RR:20x/l, T:36,5oC, konjungtiva anemis (-), sklera ikterus (-), bibir sianosis (-), massa tekan (-), nyeri tekan (+), edema (+).

Dari kasus di atas lakukan pengkajian PQRST

## **Ringkasan**

Asuhan keperawatan klien dengan gangguan pemenuhan kebutuhan keamanan dan kenyamanan, merupakan salah satu tugas kita perawat dalam memberikan asuhan untuk mengurangi penderitaan klien. Kebutuhan keamanan maksudnya klien terhindar dari cedera sedangkan kebutuhan kenyamanan bermakna klien bebas dari rasa nyeri. Pelaksanaan asuhan keperawatan tetap memperhatikan langkah-langkah proses keperawatan.

## **Tes 2**

- 1) Gambaran Quality pada pengkajian nyeri adalah....
  - A. faktor yang mempengaruhi gawat/ringannya nyeri
  - B. nyeri, seperti rasa tajam, tumpul atau tersayat
  - C. daerah perjalanan nyerei
  - D. keparahan atau intensitas nyeri
  - E. lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri
  
- 2) Gambaran dari Severity pada pengkajian nyeri adalah....
  - A. faktor yang mempengaruhi gawat/ringannya nyeri
  - B. nyeri, seperti rasa tajam, tumpul atau tersayat
  - C. daerah perjalanan nyerei
  - D. keparahan atau intensitas nyeri
  - E. lama/waktu serangan atau frekuensi nyeri

## Kunci Jawaban Tes

### *Tes 1*

- 1) C
- 2) A
- 3) A
- 4) D
- 5) B

### *Tes 2*

- 1) B
- 2) D

## Daftar Pustaka

- Alman. 2000. *Fundamental & Advanced Nursing Skill*. Canada: Delmar Thompson, Learning Publisher.
- Asmadi. 2008. *Teknik Prosedural Keperawatan, Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia 1*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia, Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan, Buku 1, Buku 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- A. Azis Alimun H, Musrifatul U. 2005. *Buku Saku Praktikum Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Elkin, et al. 2000. *Nursing Intervention and Clinical Skills*. Aecond edt.
- Kozier, B. 1995. *Fundamental of Nursing: Concept Process and Practice, Ethics and Values*. California: Addison Wesley.
- Perry, at al. 2005. *Keterampilan dan Prosedur Dasar Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Potter, P. 1998. *Fundamental of Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Potter & Perry. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan Praktik*. Edisi 4. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran, EGC.
- Priharjo, Robert. 2006. *Pengkajian Fisik Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- S. Suarli dan Yanyan Bahtiar. 2010. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Erlangga Medical Series.
- Tarwoto Wartonah. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Poltekkes Depkes Jakarta III. 2009 *Panduan Praktek KDM*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. 2012. *Modul Pembelajaran KDM*. Malang.

## ✍ ■ **Kebutuhan Dasar Manusia 1** ✍ ■

Tim Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. 2012. *Modul Pemeriksaan Fisik dan Implikasinya dalam Keperawatan*. Malang.

Wahid, IM dan Nurul, C. 2008. *Buku Ajar Kebutuhan dasar Manusia, Teori dan Aplikasi dalam Praktek*. Jakarta: Salemba Medika.